

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

Propuesta de articulación de los procesos de Promoción de la Salud
para el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.
Área de Salud de Goicoechea 2, año 2022

Trabajo Final de Graduación en modalidad proyecto de graduación
para optar por el grado de licenciatura en promoción de la salud

Jonathan Arce López

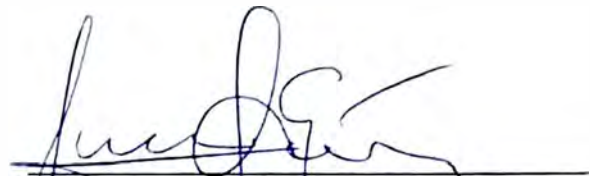
Carné B70580

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

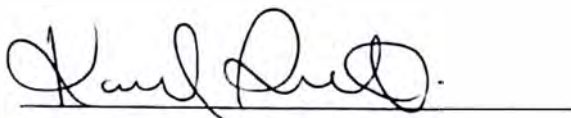
Este Trabajo Final de Graduación (TFG) en modalidad proyecto fue aceptado y aprobado por un tribunal examinador de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, conformado para tal fin por las personas que firman a continuación, como requisito parcial para optar por el grado de licenciatura.



Máster Gabriela Murillo Sancho
Presidenta del Tribunal Examinador




Dra. Ingrid Gómez Duarte
Profesora Invitada



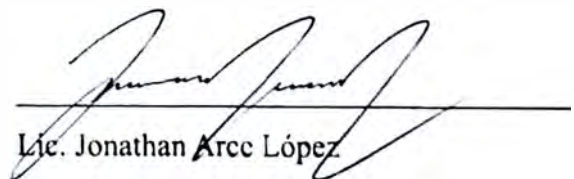
Licda. Karol Rojas Araya
Directora del TFG



MSc. María del Rocío Sáenz Madrigal
Lectora del TFG



Dra. Angelina Sandoval Dinarte
Lectora del TFG



Lic. Jonathan Arce López
Proponente del TFG



ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

No. 6-2023

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el miércoles 5 de julio, a las 10:30 am, en el Mini Auditorio de la Escuela de Salud Pública, con el objetivo de recibir el informe oral correspondiente a la defensa pública de:

SUSTENTANTE	CARNÉ	AÑO DE EGRESO	PROMEDIO
Bach. Jonathan Arce López	B70580	2021	9.85

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, desde la modalidad Proyecto de Graduación, para optar al grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**.

El Tribunal Examinador está integrado por:

Máster Gabriela Murillo Sancho	Presidenta
Dra. Ingrid Gómez Duarte	Profesora Invitada
Licda. Karol Rojas Araya	Director TFG
M.Sc. María del Rocío Sáenz Madrigal	Integrante del Comité Asesor
Dra. Angelina Sandoval Dinarte	Integrante del Comité Asesor



ARTÍCULO I

La persona que preside anuncia el motivo del acto académico, el nombre de las personas sustentantes, la modalidad del TFG y el título del trabajo, que en este caso corresponde a: **“Propuesta de articulación de los procesos de Promoción de la Salud para el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. Área de Salud de Goicoechea 2, año 2022”**.

ARTÍCULO II

La persona que preside el acto informa que el expediente de la persona sustentante contiene todos los documentos de rigor respecto al cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos.

Con esto, concede el uso de la palabra para la exposición oral de los aspectos fundamentales de su trabajo final de graduación, para la cual tiene un máximo de 45 minutos.

ARTÍCULO III

Terminada la disertación, la persona que preside el acto coordinará el uso de la palabra con las personas integrantes del Tribunal Examinador, para la realización de preguntas y de comentarios.

Una vez concluida esta etapa, el Tribunal se retira para proceder a la deliberación.

ARTÍCULO IV

De acuerdo con el Artículo 26 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (X) NO APROBADO ()

CON DISTINCIÓN ()
CON MENCIÓN DE HONOR (X)



Observaciones al documento escrito en caso de ser necesario:

El Tribunal realiza las siguientes recomendaciones:

- Desarrollar una estrategia de comunicación cuya difusión y divulgación permita que actores clave puedan contar con este valioso aporte.
- Buscar una manera de implementar la propuesta.
- Acudir - consultar en Psosinova - UCR para efectos de autoría y publicación.
- Considerar comentarios y observaciones para enriquecer conclusiones y recomendaciones.

Una vez concluida la deliberación, el Tribunal integra a las personas sustentantes y realiza lectura de:

ARTÍCULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador le comunica a la persona sustentante el resultado de la deliberación (véase lo resuelto en el artículo IV).

Por lo tanto, se le **declara acreedor al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.**

Para finalizar el proceso formal respecto al TFG, se recomienda dar lectura a los requisitos que debe acompañar la versión final del TFG impreso, que están dispuestos en el Reglamento respectivo. Además, se informa que tiene 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión escrita y que, de acuerdo con el artículo 27 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, debe incorporar las recomendaciones del Tribunal que resulten pertinentes, lo cual, debe ser verificado por la persona directora del comité asesor.



Finalmente, se le informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, del que habrá convocatoria en forma oportuna, según fechas de la Administración Superior, momento en el que se le entregará el diploma.

A las 12 horas y 40 minutos, se levanta la sesión.

Nombre:

Máster Gabriela Murillo Sancho


Dra. Ingrid Gómez Duarte

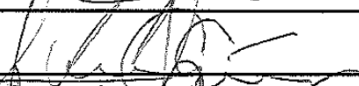
Licda. Karol Rojas Araya


M.Sc María del Rocío Sáenz Madrigal

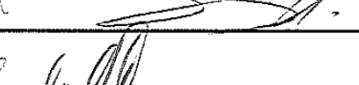
Dra. Angelina Sandoval Dinarte

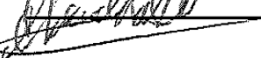
Firma:











Sustentante:

Bach. Jonathan Arce López



c Oficina de Registro
Expediente
Postulante

SELLO

Reservados todos los derechos de propiedad intelectual. Queda prohibida la reproducción parcial o total del contenido de esta obra por cualquier medio existente, sean estos electrónicos o físicos, sin la autorización previa o escrita del autor.

Dedicatoria

El éxito de este largo proceso, el cual tomó más de dos años de mi vida, se debe a Dios por darme la oportunidad de conocer el apasionante camino de la salud pública. Encontrar el propósito de vida es el reto más importante de todo ser humano, y puedo dar fe que las puertas que se cerraron, y otras que se abrieron, me traen a culminar la etapa más difícil pero satisfactoria de toda mi vida.

Mi mamá, por ser la persona más importante en mi vida, quien ha guiado mi vida académica desde tiempos que mi memoria no alcanzan. Por no permitirme bajar los estándares, enseñarme a ser una persona respetuosa y profesional. Por amarme de forma incondicional hasta el infinito y más allá.

Mi hermana, por escuchar mis momentos de frustración y crisis, darme el consejo que no quería escuchar, ser mi fan #1, ver los Reels que mando porque no quiero descargar Tik Tok, hacerme reír hasta llorar y ser la mejor compañía que pudiera querer desde antes de abrir mis ojos.

Mis amigos Sebas Arce, Nicole, Montse, Víctor, Jossel por quererme tal y como soy; Sebas Sandoval por su lealtad, honestidad y apoyo constante, por escuchar mis audios eternos, darme opiniones y consejos sin temor a ofender, ser mi mejor amigo y confidente en todo este proceso.

Mi mejor amiga María Paula, por más de 17 años de amistad, de quien aprendo todos los días y gozo de una compañía leal, cariñosa, genuina y llena de amor. No conozco persona que me entienda más y mi vida es mucho mejor gracias a tu compañía.

A mi comité asesor, Rocío Sáenz y Angelina Sandoval, cuyo apoyo fue invaluable. A mi directora Karol Rojas por creer en mi potencial y ser mi mentora desde tercer año.

Finalmente, cierro este trabajo dando reconocimiento a mí mismo, por enrumbarme en un camino que sabía sería sumamente difícil, pero que, a pesar de los atrasos, dudas constantes, cansancio, circunstancias personales y un trabajo a tiempo completo, este trabajo será mi recordatorio constante de que todo esfuerzo tiene su recompensa.

Jonathan Arce López

“Deja de soñar con lo que vas a hacer, ve y hazlo. No dejes que el ruido exterior o tus inseguridades te detengan. Interioriza y abraza esa lucha” Beyoncé

Prefacio del autor

A lo largo de toda mi vida, he sido usuario constante de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en todos los niveles y grados de complejidad, desde medicina general en un Equipo Básico de Atención Integral en Salud, aplicación de flúor en el aula de mi Escuela, vacunación en la puerta de mi casa, y hasta cirugía pediátrica en el Hospital Nacional de Niños. He crecido conociendo personalmente el aporte invaluable de la CCSS a la salud de la población.

Por otra parte, a lo largo de los 7 años en mis estudios profesionales en la Universidad de Costa Rica, he participado desde otra perspectiva como un “analista” de los servicios de dicha institución. Desde prácticas profesionales, investigaciones, análisis de caso en pruebas cortas y exposiciones, foros, encuentros y más, la CCSS y sus servicios han sido objeto de comentarios, apreciaciones, conjeturas, opiniones y discusiones, en su mayoría, no tan favorables. Algunas de las quejas tienen que ver con problemas ya conocidos por muchos, como lo son las listas de espera, la excesiva centralización de funciones, los retos del primer nivel por consolidar un modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud, los costos operativos en relación con la sostenibilidad del sistema, el aseguramiento, accesibilidad, calidad, experiencia y otros.

Sin embargo, un asunto en particular que siempre me ha llamado la atención desde este punto de vista del análisis es que pareciera, al menos desde mi experiencia, que hay consenso no explícito en que la CCSS se enfoca en prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud es del Ministerio de Salud. Pero, el reglamento legal del seguro de salud establece una atención basada en cuatro elementos fundamentales, siendo uno de ellos la promoción de la salud.

Ahora, no se localizaron documentos, informes o reportes que mencionen que la promoción de la salud en la CCSS debe ser enfocada desde los factores protectores y estilos de vida saludables, por el simple hecho que el rol principal de la institución es el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades. Esta suposición crea un sesgo en el cual se exige que las acciones de promoción de la salud que realice la CCSS se dirijan hacia el bienestar físico solamente.

Debido a todo esto, decidí enrumbarme en el complejo, dificultoso y en ocasiones controversial camino de realizar una propuesta sobre el rol del primer nivel de atención de la CCSS en cuanto a la promoción de la salud, no desde la limitación sino desde el potencial. En efecto, es una investigación para entender cómo la institución que ha impactado mi vida de forma tan significativa, y tiene hoy un rol preponderante en la salud pública del país, puede cumplir con su mandato legal de otorgar servicios de promoción de salud, no atados a predisposiciones u opiniones de lo que debe o no ser, sino que logren cumplir con las necesidades reales de la población basados en el conocimiento y evidencia.

Es un esfuerzo por plasmar lo que la CCSS es y puede ser.

ÍNDICE GENERAL

HOJA DE APROBACIÓN	3
DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	9
DEDICATORIA	11
PREFACIO DEL AUTOR	13
ÍNDICE DE TABLAS	18
ÍNDICE DE FIGURAS	19
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	20
RESUMEN.....	21
INTRODUCCIÓN.....	23
I. PLANTEAMIENTO: PROTOCOLO DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN.....	25
1. ESTADO DEL ARTE.....	27
1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL: GESTIÓN DE PROCESOS EN EL ÁMBITO PÚBLICO.....	27
1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL: GESTIÓN DE PROCESOS EN SERVICIOS DE SALUD	31
1.3 CONTEXTO NACIONAL: GESTIÓN Y RE-DISEÑO DE PROCESOS	34
1.4 APORTES A ESTA PROPUESTA DE TFG.....	36
2. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	39
2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	39
2.2 OPERATIVIZACIÓN DEL MARCO ESTRATÉGICO ORGANIZACIONAL.....	47
2.3 DISEÑO Y MEJORA DE PROCESOS PARA LA REORIENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	52
3. CONTEXTUALIZACIÓN.....	56
3.1 CARACTERÍSTICAS DEL CANTÓN DE GOICOECHEA.....	56
3.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	60
3.3 CONCEPTO, ACCIONES Y ESTRUCTURA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	64
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	69
5. JUSTIFICACIÓN	73
5.1 RE-PENSAMIENTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	73
5.2 PERTINENCIA DE LA ARTICULACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO.....	77
6. OBJETIVOS.....	79
7. METODOLOGÍA.....	80
A. PARADIGMA, ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	80
B. MODALIDAD DE LA PROPUESTA.....	82
C. CONTEXTO DEL PROYECTO	83
D. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	83
E. FORMATO Y ETAPAS DE LA PROPUESTA	85
F. BENEFICIARIOS	88
G. EVALUACIÓN DEL PROYECTO	88
H. CUADROS DE CATEGORÍAS	89

I. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUCCIÓN DE DATOS	93
J. INFORMANTES	94
K. MÉTODO MUESTRAL	96
L. PLAN DE ANÁLISIS	96
M. PERIODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	98
N. CRONOGRAMA, RECURSOS Y PRESUPUESTO	98
O. ALCANCES Y LIMITACIONES	99
8. PLAN DE GARANTÍA ÉTICA	100
8.1 PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA	100
8.2 RIESGO DEL ESTUDIO, RESGUARDO Y CONFIDENCIALIDAD	101
8.3 DEVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS	102
8.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO	102
9. COMITÉ ASESOR	103
II. DESARROLLO: RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO	107
CAPÍTULO 1: LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	109
1.1 PARTES FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN	113
A. CIMA ESTRATÉGICA	116
B. LÍNEA MEDIA	117
C. NÚCLEO DE OPERACIONES	118
D. TECNOESTRUCTURA	120
E. APOYO LOGÍSTICO	124
1.2 ACCIONES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	125
A. DIVISIÓN DE ACCIONES	127
B. COORDINACIÓN DE ACCIONES	129
CAPÍTULO 2: PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA GESTIÓN PARA RESULTADOS	141
2.1 PERSPECTIVAS SOBRE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	145
2.2 RESULTADOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	148
2.3 PROCESOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	155
2.4 POBLACIÓN USUARIA	160
2.5 INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES	163
CAPÍTULO 3: ORGANIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	169
3.1 SUBSISTEMA DE RAZÓN DE SER	170
3.2 SUBSISTEMA ESTRUCTURAL	174
3.3 SUBSISTEMA TECNOLÓGICO	178
3.4 SUBSISTEMA PSICOSOCIAL	184
3.5 SUBSISTEMA DE GESTIÓN	187
CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO	191
LIMITACIONES DEL DIAGNÓSTICO	194
III. DISEÑO: ARTICULACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	201
CONTENIDOS DE LA PROPUESTA	202
PROCESO DE CONSTRUCCIÓN	203
CONCLUSIÓN	207

RECOMENDACIONES	211
REFERENCIAS.....	219
ANEXOS	229
ANEXO 1. ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2	229
ANEXO 2. COMUNICACIONES PERSONALES	231
ANEXO 3. REPRESENTACIONES VISUALES DEL PROBLEMA EN ESTUDIO	232
ANEXO 4. ÁRBOL DE PROBLEMAS PARA LA PROPUESTA DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN	234
ANEXO 5. IDENTIFICACIÓN DE CONSTRUCTOS PARA LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	235
ANEXO 6. FICHA PARA LA SISTEMATIZACIÓN DE DOCUMENTOS.....	237
ANEXO 7: GUÍA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS DEL ÁREA DE SALUD GOICOECHEA 2	238
ANEXO 8: GUÍA DE ENTREVISTA PARA PROFESIONALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE LABORAN EN ÁREAS DE SALUD DE LA CCSS.....	244
ANEXO 9: GUÍA PARA EL DESARROLLO DEL METAPLAN CON LA COMISIÓN LOCAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN GOICOECHEA 2.	246
ANEXO 10: CRONOGRAMA DEL 2022 PARA EL DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE TFG	250
ANEXO 11: PRESUPUESTO Y RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE TFG	251
ANEXO 12: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA	252
ANEXO 13: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	256
ANEXO 14: MATRIZ DE INNOVACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	263

Índice de tablas

TABLA 1. PERFIL DE MORBI-MORTALIDAD EN GOICOECHEA, 2013	58
TABLA 2. PORCENTAJE DE COBERTURA DE POBLACIÓN POR PROGRAMA, ÁREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2, 2016.....	64
TABLA 3. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PARA OBJETIVO 1	89
TABLA 4. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PARA OBJETIVO 2	90
TABLA 5. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PARA OBJETIVO 3	91
TABLA 6. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PARA OBJETIVO 4	92
TABLA 7: PRINCIPALES IDEAS SOBRE LA PRIORIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN	126
TABLA 8: FUNCIONES PRINCIPALES DE LAS JEFATURAS DE SERVICIOS EN EL ASG2.....	131
TABLA 9: PRINCIPALES IDEAS SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD	145
TABLA 10: PRINCIPALES IDEAS SOBRE EL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	147
TABLA 11: PRINCIPALES IDEAS SOBRE UNO DE LOS RESULTADOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	149
TABLA 12. PROGRAMAS Y ACCIONES CLASIFICADAS COMO PROMOCIÓN DE LA SALUD, ÁREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2, 2017.....	229
TABLA 13. COMUNICACIONES PERSONALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO.	231
TABLA 14. IDENTIFICACIÓN DE CONSTRUCTOS PARA OBJETIVO ESPECÍFICO 1.	235
TABLA 15. IDENTIFICACIÓN DE CONSTRUCTOS PARA OBJETIVO 2.....	235
TABLA 16. IDENTIFICACIÓN DE CONSTRUCTOS PARA OBJETIVO 3.....	235
TABLA 17. IDENTIFICACIÓN DE CONSTRUCTOS PARA OBJETIVO 4.....	236
TABLA 18. SISTEMATIZACIÓN DE HALLAZGOS EN LA REVISIÓN DOCUMENTAL.....	237

Índice de figuras

FIGURA 1. PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS	29
FIGURA 2. COMPONENTES DE UN SISTEMA.....	40
FIGURA 3. MODELO GRÁFICO DE LA INTERRELACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	42
FIGURA 4. ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA CADENA DE RESULTADOS	50
FIGURA 5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CANTÓN DE GOICOECHEA.....	59
FIGURA 6. SERVICIOS DESARROLLADOS POR LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CCSS DISTRIBUIDOS POR GRUPO POBLACIONAL, 2006.....	63
FIGURA 7. EJEMPLO DE LA DIAGRAMACIÓN QUE TENDRÍAN LOS PROCESOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BAJO EL MÉTODO DE BPMN	86
FIGURA 8: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS, 2022.....	110
FIGURA 9: LAS CINCO PARTES FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN, MODELO DE MINTZBERG	114
FIGURA 10: ORGANIGRAMA DEL ÁREA DE SALUD GOICOECHEA 2, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	115
FIGURA 11: INSTRUMENTOS DE SISTEMATIZACIÓN DEL TRABAJO UTILIZADOS EN EL ASG2	122
FIGURA 12: RESULTADOS QUE LOS USUARIOS DEBERÍAN ESPERAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD,	127
DE ACUERDO CON LAS PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES	127
FIGURA 13: PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES EN SALUD SOBRE SU NIVEL DE AUTONOMÍA EN RELACIÓN CON LA NORMATIVA INSTITUCIONAL.....	130
FIGURA 14: PERCEPCIONES DE LOS PARTICIPANTES SOBRE LOS PROCESOS DE COMUNICACIÓN EN EL ASG2	133
FIGURA 15: MECANISMOS DE COORDINACIÓN IDENTIFICADOS EN EL ASG2	134
FIGURA 16: MAPA SISTÉMICO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, ÁREA DE SALUD GOICOECHEA 2	136
FIGURA 17: MAPA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, 2022.....	143
FIGURA 18: DIFERENCIAS SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	146
FIGURA 19: PRODUCTOS A CORTO PLAZO POR ACCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	151
FIGURA 20: PRINCIPALES IDEAS SOBRE EL SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE LOS PROFESIONALES EN P.S.....	153
FIGURA 21: PROCESOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD IDENTIFICADOS POR LOS PARTICIPANTES.....	156
FIGURA 22: PROCESOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CCSS IDENTIFICADOS EN TODAS LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	159
FIGURA 23: PERFIL DEL CONTEXTO Y POBLACIÓN QUE PARTICIPA EN LOS PROCESOS DE P.S. DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN ÁREAS DE SALUD.....	161
FIGURA 24: ELEMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD VIGENTE	172
FIGURA 25: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL EN EL ÁREA DE SALUD.....	174
FIGURA 26: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE UNA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL CON PROCESOS	175
FIGURA 27: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO UNA COMISIÓN HORIZONTAL FRAGMENTADA EN MEDIO DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL VERTICAL DEL ÁREA DE SALUD.....	176
FIGURA 28: MODELO DE GESTIÓN PROPUESTO POR PROULX (2014)	188
FIGURA 29. DESARROLLO ACTUAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2	232
FIGURA 30. VISIÓN SISTÉMICA DE LA RESPUESTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CCSS, INCORPORANDO LA PROPUESTA DE PROCESOS DE ESTE TFG.....	233

Índice de abreviaturas

- ASG2: Área de Salud Goicoechea 2
- BPM: Business Process Management
- BPMN: Business Process Model and Notation
- CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social
- CLPS: Comisión Local de Promoción de la Salud
- EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud
- INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos
- MIDEPLAN: Ministerio de Planificación y Política Económica
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OMG: Object Management Group
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PM4R: Project Management for Results
- ProDUS-UCR: Programa de Investigación en Desarrollo Urbano Sostenible de la Universidad de Costa Rica
- P.S.: Promoción de la Salud
- SIBDI: Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica
- TFG: Trabajo Final de Graduación

Resumen

Título Propuesta de articulación de los procesos de Promoción de la Salud para el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. Área de Salud de Goicoechea 2, año 2022.

Autor Jonathan Arce López

Unidad Académica Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Título Licenciado en Promoción de la Salud

Directora del comité asesor Lic. Karol Rojas Araya

Palabras clave promoción de la salud, atención primaria, servicios de salud, procesos, fragmentación, gestión para resultados, estructura organizacional, diagnóstico organizacional, área de salud

El Seguro de Salud otorgado a la población de Costa Rica por la Caja Costarricense de Seguro Social incluye un ciclo de atención integral compuesto por prevención de enfermedades, atención, rehabilitación y promoción de la salud. La prestación de servicios de dicha institución se basa en un modelo de atención primaria, llevado a un plano operativo primordialmente mediante un primer nivel de atención. Este se compone por Áreas de Salud a lo largo del país, las cuales brindan abordajes en salud del menor nivel de complejidad, priorizando la prevención y la promoción. En ese sentido, esta investigación tomó el enfoque sistémico para realizar un diagnóstico de la promoción de la salud a la luz de la estructura organizacional del Área de Salud, así como elaborar una propuesta que articule la respuesta del primer nivel de atención y los servicios de promoción de la salud.

Para ello, se utilizaron los componentes expuestos por Proulx (2014) para describir la estructura organizacional del Área de Salud, y la cadena de resultados de MIDEPLAN (2016) para caracterizar las acciones de promoción de la salud. Mientras que, la propuesta se construyó con base en la notación de modelado de procesos, la ficha del proceso sugerida por Beltrán, et al. (2009) y la gestión ágil de proyectos por el Banco Interamericano de Desarrollo (2020). El enfoque cualitativo y el diseño de investigación - acción se desarrolló mediante 16 entrevistas y un Metaplan con funcionarios del nivel local y central.

Los resultados revelan que la promoción de la salud está fragmentada y desarticulada a través de los niveles administrativos y operativos de la institución, y no existe una oferta en el Área de Salud estudiada. Algunas de las causas son la carencia de normativa técnica en promoción de la salud por parte de las oficinas centrales para el nivel local, ausencia de recursos técnicos para el abordaje de este componente desde un primer nivel, poca claridad conceptual, estratégica, metodológica y técnica, y confusión en la definición de resultados de promoción de la salud. Hay carencia de instrumentos de evaluación y seguimiento para las labores de los profesionales en la materia, lo que agudiza la invisibilidad de sus logros y experiencias, y provoca que autoridades políticas y jefaturas no reconozcan el valor público de la promoción de la salud en la población, desde el escenario de los servicios de salud.

A partir de esto, se diseñó una guía que articule la respuesta del primer nivel en promoción de la salud, mediante diagramas de flujo de los procesos del servicio, fichas para especificar cómo estos se deben gestionar, así como un manual operativo para planificar, ejecutar y evaluar propuestas de atención en promoción de la salud. Se concluye que el profesional en promoción de la salud marca una diferencia en el Área de Salud y su valor no es sustituido con lineamientos, planes o profesionales con otras competencias. Adicionalmente, se detectó una inequidad en el acceso a propuestas de atención de promoción de la salud, pues las acciones no se planifican desde una perspectiva de salud como producto social, sino con base en prioridades establecidas en las oficinas centrales.

Se recomienda a la institución implementar una serie de mejoras, incluyendo la guía operativa diseñada, para incrementar el valor público de las acciones de promoción de la salud, así como profundizar la investigación del rol de la promoción de la salud en los servicios de salud, y su aporte a la salud pública como una profesión.

Introducción

Los servicios de salud requieren innovación. La complejidad de su estructura, así como del fenómeno que abordan, hacen que la respuesta de estos servicios ante las necesidades de la población se tenga que basar en una constante adaptación al cambio. Bajo el lente de los determinantes sociales de la salud, se puede inferir que las condiciones económicas, políticas, epidemiológicas, ambientales y culturales de hace 80 años llevaban a una producción de la salud completamente distinta a la que se observa hoy. Fue en ese espíritu que la Organización Mundial de la Salud declaró, en una conferencia de 1986 desde Ottawa en Canadá, cinco líneas estratégicas para guiar el trabajo de una nueva respuesta a estas necesidades: la promoción de la salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) también enfrenta esta realidad. Al ser una institución de Costa Rica encargada del gobierno y administración de los seguros sociales, y además la más grande, la tarea se vuelve todavía más compleja. Por medio del seguro de salud, la CCSS ofrece, entre otras prestaciones, los servicios de atención integral en salud incluyendo un ciclo compuesto de prevención de enfermedades, asistencia médica, rehabilitación, curación y promoción de la salud. Sus beneficios se extienden a cotizantes de todo el país, como trabajadores asalariados e independientes, familiares de estos trabajadores, niñez, adultos mayores y otros. Con tres niveles de atención, desde el nivel local con Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y Áreas de Salud, hasta hospitales con alta capacidad resolutive, la CCSS comprende un engranaje del cual muchas personas dependen para la protección y mejora de su salud.

En ese sentido, la tarea de la CCSS de operativizar un cambio de paradigma que complemente la atención médica con la promoción de la salud ha sido marcada por grandes retos en diversas áreas. La institución ha señalado la necesidad de poseer “una infraestructura necesaria para el desarrollo de procesos de Promoción de la Salud, que permitan la capacitación y la operacionalización de acciones en esta materia; intentando de esta manera, trascender de la atención de la enfermedad hacia la Promoción de la Salud” (CCSS, 2008, p.40). También, han mencionado que para afrontar los retos del futuro a nivel institucional es de gran trascendencia “fortalecer las acciones de promoción de la salud (...) las cuales deben verse como parte integral de la prestación de los servicios de salud” (CCSS, 2015, p.16). De esta forma, promoción de la salud se concibe como un “eje fundamental del proceso de atención integral que brinda la institución” (CCSS, 2015, p. 36).

Sin embargo, a pesar de que la promoción de la salud se posiciona como un pilar de la planificación estratégica institucional (CCSS, 2019) persisten barreras en el primer nivel de atención para consolidar a la promoción de la salud como un servicio que forme parte de la atención integral mencionada en párrafos anteriores. Hay poca claridad conceptual, estratégica, metodológica y técnica sobre la promoción de la salud entre funcionarios no profesionales en la materia, y la planificación de acciones se da bajo normativa de las oficinas centrales, no partiendo de un diagnóstico de salud y sus determinantes desarrollado desde el nivel local. Persiste una confusión institucional importante en la definición de resultados en promoción de la salud y una carencia de instrumentos de evaluación y seguimiento para las labores de los profesionales en la materia, lo que agudiza la invisibilidad de sus logros y experiencias y provoca que autoridades políticas, jefaturas y demás actores no reconozcan el impacto de la promoción de la salud en la población, desde el escenario de los servicios de salud.

Ante estos resultados, obtenidos en un diagnóstico del estado de la promoción de la salud como servicio público a la luz de la estructura organizacional del Área de Salud, se diseñó una guía que facilite la planificación y gestión de acciones de promoción de la salud desde el primer nivel de atención, por medio de diagramas de flujo de los principales procesos y un manual operativo para el desarrollo de estos. Al mismo tiempo, se reconoce que la herramienta no sustituye el aporte invaluable del profesional en promoción de la salud, pues los mismos resultados demuestran que, a pesar de la existencia de normativa de las oficinas centrales, los funcionarios del Área entrevistada no tienen claridad en lo que se debe hacer.

En ese sentido, este Trabajo Final de Graduación (TFG) tuvo, por encima de todo, la meta de elaborar una propuesta que oriente cómo debería darse la promoción de la salud desde las Áreas de Salud de la CCSS. Pero, este proyecto de graduación tiene un enfoque sistémico en el cual también se reconoce la gran variedad de factores que deben hacerse realidad para que la promoción de la salud sea una realidad consolidada en todo el primer nivel de atención. De igual forma, se visibiliza la situación real de este servicio, en una institución llamada a garantizar una atención integral en salud para todo el país.

Finalmente, el documento da cierre mediante conclusiones y recomendaciones para atender algunas de las áreas que el diagnóstico reveló deben ser resueltas, al mismo tiempo que se invita al lector a reflexionar y continuar con la investigación que aclare el rol de la promoción de la salud en los servicios de salud, así como su irremplazable aporte a la salud de las personas.



Planteamiento:

Protocolo de Trabajo Final de Graduación

1. Estado del Arte

Este trabajo final de graduación se enmarca en dos temas globales que aparentan no tener relación uno con otro: gestión de procesos y promoción de la salud. Sin embargo, parte del propósito es revelar poco a poco cómo ambas áreas se relacionan, y son (en conjunto) el componente principal de este TFG. En ese sentido, a continuación, se detallan los antecedentes encontrados sobre el objeto de estudio, destacando principalmente los aportes de dichos estudios a esta propuesta. Para ello, se encuentran tres apartados relacionados con el tema de gestión de procesos en los servicios públicos, la gestión de procesos en los servicios de salud y finalmente esta misma temática explorada desde algunos TFG desarrollados en la Universidad de Costa Rica.

Es importante destacar que la búsqueda de estos estudios se llevó a cabo en las plataformas de Google Académico y EBSCOhost, a través de la plataforma del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI). Se utilizaron publicaciones en idioma inglés y español que cumplieran con los criterios de investigación en la temática de gestión de procesos en la administración pública y cuyas metodologías sean aplicables a este TFG. Se utilizaron los términos gestión por procesos, business process management (BPM), gestión por procesos en servicios públicos, procesos en servicios de salud y otros. En el caso de las investigaciones a nivel nacional se utilizó el repositorio llamado Kérwá del SIBDI, con el término de búsqueda de “procesos”. Finalmente, no ha sido posible localizar investigaciones, Trabajos Finales de Graduación o artículos científicos desarrollados o publicados en la Universidad de Costa Rica que aborden el tema de procesos en promoción de la salud, más sí se indentificó uno desarrollado en el Instituto Centroamericano de Administración Pública.

1.1 Contexto internacional: gestión de procesos en el ámbito público

La gestión por procesos hace referencia a un modelo en el cual las tareas de una organización se dividen y se agrupan de acuerdo con el objetivo perseguido, y no necesariamente se segmentan por funciones para cada colaborador (Marchán y Oviedo, 2011, p.18). Dicho modelo fue creado y ha sido desarrollado en el ámbito privado, y la mayor parte de la literatura sobre el tema se desarrolla en ese sector (Salimbeni, 2019, p.76). Investigaciones realizadas en el tema

indican que una buena parte de la literatura sobre gestión de procesos está centrada en las organizaciones del ámbito privado “con suposiciones inherentes de resultados tangibles, basados en los beneficios y grupos de clientes bien definidos” (Tregear y Jenkins, 2007, p.1). Debido a esto, se han desarrollado modelos y herramientas que puedan adaptar el modelo de gestión por procesos a la administración pública (Salimbeni, 2019, p.70). Entonces, el tema de la identificación y mejora de procesos no se queda en el ámbito industrial y trasciende la esfera de lo privado al ámbito público.

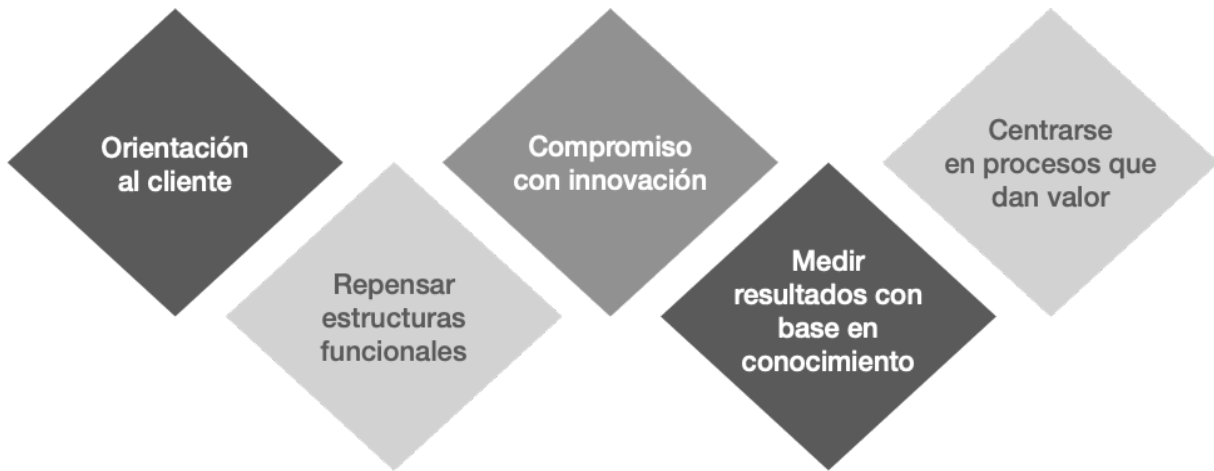
De hecho, este último autor presenta las conclusiones de un estudio fundamental para esta propuesta. Algunas de sus preguntas de investigación consideraron que si la mayoría de las herramientas y conceptos se desarrollaron en el sector privado, “¿es válido aplicarlos al Sector Público?” así como “¿de qué forma puede ser implementado el concepto de Gestión por Procesos en la Administración Pública?” (Salimbeni, 2019, p.79). Si bien no tiene relación con el campo de la salud, sí esclarece (y concluye) que la gestión por procesos en la administración pública “permite trabajar en función de las necesidades de los ciudadanos, sin descuidar los recursos insumidos para lograrlo” (Salimbeni, 2019, p.84).

Aquí cabe destacar que gran parte de la literatura consultada sobre el tema de gestión de procesos dentro de la administración pública se enmarca en un análisis sobre las diferencias entre el sector público y privado, así como cuáles factores podrían representar una barrera para la implementación de este enfoque en lo público. Sobre esto, Tregear y Jenkins (2007) identifican nueve diferencias clave entre el sector público y privado (p.2). Detallarlas no es relevante para esta propuesta, más sí lo es destacar que la investigación desarrollada en Australia ejemplifica un enfoque de la investigación de gestión de procesos dentro del ámbito público.

Otra perspectiva es el análisis teórico de la relación entre el modelo de gestión de procesos de negocio (conocido en inglés como Business Process Management -BPM-) con la administración pública, opuesto a la literatura que intenta encontrar las diferencias entre uno y otro como lo fue el estudio citado arriba de Tregear y Jenkins (2007). Sobre este tema, Duro (2018) concluye que el avance en la implementación de una gestión por procesos efectiva en la Administración Pública depende del uso de distintas prácticas y cambios de paradigma (p.66).

Algunas de estas son:

Figura 1. Prácticas para la implementación de la gestión de procesos en organizaciones públicas



Fuente: elaboración propia con base en Duro, 2018, p.66.

Es importante llevar esto a la realidad de esta propuesta en concreto. Como lo menciona Duro 2018, el éxito de una implementación de los procesos en los servicios públicos depende de diversos factores. Tener en cuenta estas y otras variables son útiles tanto para el planteamiento metodológico como para el diseño de la propuesta, como lo es el enfoque de valor agregado, el análisis de las necesidades de los usuarios y la medición de resultados con la información recabada.

En esta misma línea, Martínez exploró en su tesis cómo el enfoque y las teorías de procesos pueden aplicarse al ámbito público, pero no desde un punto de vista teórico sino práctico. Su objetivo fue identificar indicadores “de conformidad y rendimiento en los procesos administrativos y el soporte a ello con las herramientas de automatización de la gestión de procesos de negocio” (2015, p.11). El trabajo finaliza con la creación de una propuesta de tareas secuenciadas que deberá implementar una organización pública con el fin de incrementar el desempeño y aplicar un enfoque de procesos (Martínez, 2015, p.143). Sus aportes permiten entender que, para generar una propuesta de procesos para el Área de Salud Goicoechea 2 que sea viable y útil, es necesario trascender la identificación de grandes constructos teóricos y describir en concreto las actividades que están dentro de los procesos de promoción de la salud.

Siguiendo con la exploración y el análisis práctico, un estudio en Suecia investigó la aplicación de la gestión por procesos en las municipalidades de dicho país. El artículo evidencia barreras en los procesos del sector público sueco desde la perspectiva de los trabajadores de los procesos, así como el análisis de los investigadores de dichos procesos (Lönn y Uppström, 2013, p.213). Así también, utiliza los seis elementos medulares del BPM para analizar dichos retos, y presentan ejemplos de cómo estos retos identificados decantan en ineficiencias para el trabajo diario de trabajadores municipales (2013, p.213).

Cabe destacar también la metodología de este estudio pues aborda un problema real con colaboradores de una institución pública. La recolección de información se dio mediante diez talleres con municipalidades en los cuales la metodología usada fue un caso de estudio donde se dejaba a los colaboradores describir sus tareas de trabajo y su orden (Lönn y Uppström, 2013, p.216). Uno de sus resultados más relevantes es que las municipalidades aún están organizadas por funciones y uno de los principales retos es la falta en la definición y comunicación de las responsabilidades, lo cual causa ineficiencias en la gestión de procesos de la municipalidad (Lönn y Uppström, 2013, p.220). Este estudio entonces se enfoca en las experiencias de los colaboradores con los retos relacionados con los procesos municipales, y una aproximación de las causas de esto a partir de la literatura en el tema de Business Process Management. Así también, tener el antecedente de que una falta de responsabilidades y el diseño organizativo por funciones son elementos valiosos para la creación de la propuesta de procesos en el Área de Salud en estudio, así como eventuales recomendaciones para su implementación.

Aunado a lo anterior, otra experiencia de análisis de procesos en el ámbito municipal se desarrolló en Chile con el objetivo de “analizar el enfoque por procesos como una alternativa para la modernización de la gestión en la administración pública” de dicho país (Contreras, 2018, p.22). La metodología en este caso se enfocó en una investigación documental con revisión bibliográfica (p.25), por lo que el trabajo de campo no existió. Algunas de las conclusiones destacan la experiencia latinoamericana en la implementación de la gestión de procesos, principalmente en Perú, Colombia y Ecuador, donde por cada país las estrategias escogidas para su implementación varían (Contreras, 2018, p.240).

Otro enfoque que se ha documentado principalmente ligado a trabajos de graduación es el de rediseño de procesos. Aquí se pasa de un análisis teórico a uno técnico, donde la metodología principal parte de la descripción de los procesos que se dan actualmente y se plantea una mejora de los mismos. Sobre esta línea, Alzamora (2017, p.77) concluye que uno de los objetivos de describir los procesos a como ocurren hoy es difundir dichos procesos levantados y/o mejorados a los colaboradores de organizaciones públicas, mediante comunicados y talleres de socialización, con el fin de alcanzar un empoderamiento de dicho personal y promover así una cultura organizacional enfocada desde la gestión por procesos (Alzamora, 2017, p.77). De esto se destaca las metodologías utilizadas para la descripción de los procesos, lo cual resulta de gran valor para el planteamiento metodológico de la propuesta.

1.2 Contexto internacional: gestión de procesos en servicios de salud

Dentro de las múltiples formas en que la gestión de procesos se ha estudiado cabe destacar las investigaciones centradas en los servicios de salud. Hernández, Medina y Nogueira tomaron exactamente este enfoque y lo aplicaron a un contexto hospitalario en Cuba, donde lograron desarrollar un procedimiento para la mejora de procesos en dicho lugar (2009, p.2). Con ello, se identificaron líneas de acción, condiciones de ejecución, tiempos, responsables y recursos que permitieran mejorar de forma concreta los procesos hospitalarios. Entre las líneas de acción se destaca la reasignación de personal médico y de enfermería, “informes semanales sobre consumo de medicamentos y modelaje”, “indicadores de tiempo y calidad de entrega” y otros (Hernández, Medina y Nogueira, 2009, p.4).

Otra investigación de estos mismos autores permitió la creación de procedimientos para elaborar mapas de procesos en contextos hospitalarios (2009, p.4). Ello surge pues se destaca que la representación de procesos mediante mapas es esencial en la gestión y mejora de los mismos, y así también los mapas permiten visualizar cómo funcionan y se interrelacionan los procesos y actividades, lo cual permite identificar oportunidades de mejora (Hernández, Medina y Nogueira, 2009, p.5). De esta forma, se toma la recomendación de los autores y sus aportes a este objeto de estudio para plantear los procesos que se describan a partir de un mapa que permita visualizar de forma gráfica los procesos de promoción de la salud para el Área de Salud.

Por otra parte, Robles y Díaz (2017) aportan a este tema desde un punto de vista más estructural, pues su enfoque se centró en el análisis de la aplicación de gestión por procesos al sector salud peruano. A partir de esto, pudieron identificar necesidades y productos según las expectativas de los actores del sector salud de dicho país (p.41), así como establecer procesos concretos relacionados con cada función de la rectoría en salud. Por ejemplo, algunos de estos procesos son “diseño e implementación de políticas públicas de salud”, “fiscalización y control de la aplicación de la regulación y normatividad”, “supervisión de la calidad de atención en salud” y otros (Robles y Díaz, 2017, p.42). El estudio es relevante pues concluye que mejorar la salud de la población y alcanzar la equidad en salud puede operativizarse desde la identificación de los procesos pertinentes, pues el ejercicio permite tomar dicho ideal y desarrollarlo desde una perspectiva donde se identifiquen los diversos niveles involucrados desde el Estado hasta el sector privado (Robles y Díaz, 2017, p.47).

De forma aún más concreta, la gestión de procesos se ha investigado desde la atención primaria, específicamente en Ecuador. Como lo mencionan las autoras, hubo problemas en los servicios de salud que llevaron al Gobierno de ese país a disponer un sistema de gestión de calidad en todas las entidades de la administración pública, a través de una estructura organizacional por procesos (Ochoa y Robayo, 2006, p.22). De esta forma, se plantearon el objetivo de estructurar un sistema de gestión por procesos para el Área de Salud de su selección, bajo la hipótesis de que “la gestión por procesos garantiza la eficiencia del funcionamiento del sistema a través de indicadores de monitoreo y control en los servicios” (2006, p.26).

Una conclusión importante del estudio es que la principal falla en la implementación de una estructura organizacional por procesos es la poca inducción y capacitación que tuvo el personal acerca de dicho sistema y a la aplicación de los procesos en cada área de trabajo (Ochoa y Robayo, 2006, p.233). Además, como parte del nodo central de la presente propuesta, es relevante conocer que la elaboración del diseño de procesos para el centro de salud fue desarrollada con la ayuda del manual de diseño de procesos de Heras (2006, p.234). El mismo establece cinco puntos, entre los cuales se destaca la “definición de la misión del servicio, identificación de clientes y sus necesidades, identificación de procesos estratégicos, claves y soporte” y otros (Ochoa y Robayo, 2006, p.234).

Así también, Hernández-Nariño et al., mostraron cómo se puede insertar el diseño de un procedimiento para la implementación de gestión por procesos, resultado del estudio bibliográfico de setenta propuestas metodológicas en las cuales se tomaron cinco hospitales de una provincia cubana para evaluar la utilidad de los instrumentos y apreciar los avances de la implementación de procesos en el servicio y el desempeño hospitalario, así como la extensión del estudio a otros hospitales del territorio (Hernández-Nariño, Delgado-Landa, Marqués-León, Nogueira-Rivera, Medina-León y Negrín-Sosa, 2016, p.67).

Estos autores clasifican sus hallazgos en un procedimiento con cuatro fases. En la primera de caracterización se constituye un equipo de trabajo y posteriormente se hace un “diagnóstico del sistema sustentado en el triángulo de los servicios” (Hernández-Nariño, et.al., 2016, p.71). La fase dos consiste una clasificación y análisis de procesos, “de ellos se seleccionan aquellos prioritarios para la mejora, considerando criterios como alineación a los objetivos estratégicos, impacto en la satisfacción de los pacientes” y otros aspectos (2016, p.71). Posterior a esto, la fase 3 de mejora incluye la evaluación de “entradas del proceso, qué requerimientos deben cumplir y qué evaluación se le confiere a cada proveedor” así como un “análisis de valor añadido” y otras técnicas como “determinación de los tiempos” (2016, p.72). La fase final “se diseña un índice integral para evaluar el desempeño de los procesos hospitalarios” (2016, p.72).

Una conclusión que cabe señalar que es de especial valía para esta propuesta es que al analizar la gestión por procesos en instituciones de salud, se concluyó que opuesto a implementar este modelo en organizaciones industriales, las actividades carecen de estabilidad pues los procesos responden precisamente a las complejidades y necesidades cónicas de los usuarios. Esto lleva a dar un especial énfasis a caracterizar el perfil de la población usuaria de dichos centros de salud a la hora de analizar la gestión por procesos (Hernández-Nariño, et.al., 2016, p.84). De esta forma, resulta fundamental tomar este antecedente y aplicarlo al momento de plantear los procesos de promoción de la salud. Se debe realizar una caracterización de los usuarios de las Áreas de Salud y poder plantear los procesos específicos para abordar sus necesidades desde el servicio de promoción de la salud.

Una perspectiva adicional a las ya mencionadas fue explorada por Gutiérrez y Salazar (2009) quienes en su tesis desarrollaron un manual de gestión organizacional por procesos en un

Área de Salud de Ecuador. Algunos aspectos con respecto a la metodología de investigación son la aplicación de encuestas, las cuales fueron aplicadas a los niveles de apoyo y operativos así como entrevistas a la dirección y coordinadores de los diferentes procesos y subprocesos (2009, p.41).

Así también, dicho estudio concluye que a pesar de que los funcionarios dicen conocer de la nueva estructura organizacional por procesos hay una carencia de un documento que facilite la guía de los mismos, lo que no ha permitido identificar procedimientos actividades y tareas de los miembros y equipos de trabajo (Gutiérrez y Salazar, 2009, p.51). Entonces, como se verá adelante los resultados de esta investigación se utilizan para el planteamiento metodológico y el reconocimiento de la necesidad de una guía que favorezca la implementación de los procesos.

1.3 Contexto nacional: gestión y re-diseño de procesos

A nivel nacional se han identificado tres proyectos finales de graduación recientes de la Universidad de Costa Rica en el tema de gestión de procesos, todos ellos pertenecientes a la Escuela de Ingeniería Industrial. Dos están enfocados en organizaciones privadas mientras uno, a pesar de no tener la gestión de procesos como tema central, sí aborda la temática desde los servicios de salud concretamente en el departamento de Hemato-oncología del Hospital México. Por otra parte, fue posible localizar una tesis sobre procesos de promoción de la salud en un Área de Salud de la CCSS, el cual será mencionado para finalizar este subapartado.

Primero, Ugalde en 2013 decide “diseñar los procesos de Administración de Inventarios y Seguridad Ocupacional de la empresa Importadora Continental S.A. para mejorar la satisfacción del cliente, la motivación del personal de bodega” y otros factores (p.11). La autora realiza un diagnóstico a partir del análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (mejor conocido como FODA) del área de interés en estudio (Ugalde, 2013, p.14). Así también, otras herramientas utilizadas fueron el análisis de procesos con respecto a la administración de inventarios, medición de satisfacción de los clientes, manejo de las prácticas de salud ocupacional y otros (p.14).

Por otra parte, Bermúdez, Maroto y Robleto (2017) encuentran que en la cooperativa Dos Pinos “el diseño actual de los procesos sustantivos de la Gerencia de Mantenimiento Industrial, no permite alcanzar la meta de disponibilidad operativa definida (80%); además repercute en una alta cantidad de avisos de fallas y horas improductivas” (p.18).

Dentro del marco metodológico, el diagnóstico utilizó herramientas como diagramas de flujo, fichas de proceso, entrevistas, revisión documental, observación participante, análisis de valor agregado, análisis de desperdicios y otros (Bermúdez, Maroto y Robleto, 2017, p.33). Posterior a esta etapa, el diseño se alimentó de técnicas como el mapeo de procesos, reuniones de revisión y estudio bibliográfico (2017, p.34), mientras que la validación de los procesos rediseñados surgió de técnicas de costeo de actividades y viáticos, cotizaciones, análisis de inversión, entrevista, grupo focal, plan de implementación y otras (2017, p.35). Todo esto es relevante pues la identificación, descripción y propuesta de procesos de promoción de la salud requieren de diversas metodologías como las mencionadas, por lo que resulta de gran importancia tener un acercamiento lo más próximo posible a la identificación de procesos en el contexto nacional.

García, Solís y Vargas (2014) diseñaron un “sistema de gestión de operaciones que potencialice el uso de los recursos actuales y futuros, con el fin de responder en tiempo y forma a los requerimientos de atención” en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México (p.20). Algunos de sus aspectos metodológicos relacionados con el análisis de procesos, que nuevamente son de gran importancia para esta propuesta, tienen que ver con revisión bibliográfica, entrevistas, diagramas de flujo, análisis estadístico, de varianza y otros (2014, p.26). Así también, el rediseño de procesos de atención utilizó las mismas herramientas, adicional a simulaciones, pruebas en el ambiente real de producción, capacitaciones y otras para evaluar el diseño propuesto (2014, p.26).

Finalmente, Jiménez (2011) presentó, como parte de su tesis en el grado de Maestría por el Instituto Centroamericano de Administración Pública, el único antecedente que se ha podido localizar sobre procesos de promoción de la salud concretamente. Además, resulta particularmente importante dado que se desarrolló en el Área de Salud de Golfito de la CCSS. Sus métodos apuntaron a un camino distinto al que esta propuesta se ubica, sin embargo, cabe destacar una serie de resultados en relación con las características, la capacidad resolutoria y las percepciones de los equipos de trabajo encargados de la gestión de la promoción de la salud en esta sede del primer nivel de atención de la CCSS.

Entre estos aspectos se destaca la existencia de un Plan de Promoción de la Salud diseñado por la misma Área de Salud, pero que más de una cuarta parte (28%) de los funcionarios no lo

conocen, además de que casi el 90% de los colaboradores en dicha organización no ha tenido acceso a este Plan. La autora atribuye esto a una falta de un proceso adecuado de comunicación, aunado a la poca claridad de conocimientos sobre promoción de la salud y sus diferencias con prevención de enfermedades (Jiménez, 2011, p.97).

Además, Jiménez (2011) destaca que a pesar de las iniciativas, en el Área de Salud de Golfito no se implementa “a cabalidad” un proceso como tal para el desarrollo de la promoción de la salud, y más bien lo que existen son acciones aisladas que responden a “demandas espontáneas” (Jiménez, 2011, p.104). Aparte de lo anterior, los funcionarios entrevistados no reciben capacitaciones o entrenamientos para implementar estrategias relacionadas con promoción de la salud, por lo que no cuentan con “bases teóricas o conceptuales” para ejecutarla (Jiménez, 2011, p.105).

Este antecedente es clave pues demuestra elementos específicos causantes de los retos para la implementación de la promoción de la salud en el primer nivel de la CCSS. En ese sentido, los resultados del trabajo de Jiménez (2011) permiten tener una mirada amplia sobre aspectos en los que esta propuesta de TFG se basa para construir, en conjunto con otros canales de comunicación detallados en una sección más adelante, el planteamiento del problema. Además, es posible constatar si la promoción de la salud en el Área de Salud de Goicoechea 2 presenta barreras similares a las señaladas por la autora, lo cual permitirá comentar sobre propuestas que los niveles superiores de la institución pueden ejecutar para solventar dichas necesidades.

1.4 Aportes a esta propuesta de TFG

Aquí es necesario señalar que no fue posible encontrar un trabajo final de graduación en la carrera de licenciatura en promoción de la salud que haya tratado la temática de gestión de procesos, con base en los artículos reportados en el repositorio de bases locales del SIBDI (sistema de bibliotecas, documentación e información) de la Universidad de Costa Rica.

Habiendo establecido esto, sí existe evidencia científica de que la gestión por procesos es un modelo aplicable a la gestión pública y a los servicios de salud en concreto, tal como fueron citadas las investigaciones anteriormente. En ese sentido, existen elementos que son de mucha valía para el desarrollo de esta propuesta. Por ejemplo, los resultados de Hernández, Medina y Nogueira (2009, p.4) sobre procesos en hospitales brindan una guía sobre las áreas en que los

procesos de promoción de la salud pueden tener injerencia en los programas de atención integral del Área de Salud de Goicoechea 2, y no solamente como actividades aisladas de la prestación de dichos servicios. Esto es relevante pues, como se mostrará más adelante, la CCSS ha decidido tomar a la promoción de la salud como un pilar fundamental en todo su quehacer, por lo que este servicio no debe ser un recargo sino parte de su quehacer natural, a partir de acciones, metas y objetivos concretos establecidos de forma específica.

Por otra parte, las conclusiones presentadas por Hernández-Nariño, et.al. (2016, p.84) sobre las diferencias de establecer procesos industriales a procesos en servicios de salud (tal como posicionar al usuario en el centro del diseño) colaboran en la construcción de la presente propuesta. Esto se debe a que estas (y otras) conclusiones permiten una aproximación a la temática desde el contexto seleccionado, pues como se citó al inicio de este apartado, gran parte de la literatura en el tema de gestión de procesos nace del sector privado y con mayor volumen en el sector industrial. Sin embargo, se ha demostrado que el proceso como tal es una metodología y uno un fin, y por ende su adaptación a los servicios de salud también permite una mejora en su gestión.

En este caso, la caracterización del perfil de los usuarios para la propuesta de procesos es muy importante pues ellos deben ser el fin último de la prestación de los servicios de salud. Esto es aún más relevante para la promoción de la salud pues esta tiene un carácter de diagnóstico que alimenta la decisión del tipo de abordaje que se realizará con determinada población.

Así también, aspectos metodológicos de las tesis internacionales y proyectos de graduación nacionales son sumamente valiosos para desarrollar el levantamiento y el mapeo de procesos de promoción de la salud en el contexto seleccionado, tanto para la etapa de diagnóstico como de planteamiento de propuesta. Estas experiencias permiten tener una base para plantear el acercamiento con la población de estudio, y que la recolección de datos sea lo más provechosa posible. Así también, permite dilucidar el tipo de preguntas e instrumentos que es necesario plantear, para que la propuesta tenga el mayor éxito posible.

Finalmente, el trabajo señalado antes realizado por Jiménez (2011) evidencia que el desarrollo de procesos de promoción de la salud en un Área de Salud de la CCSS es limitado por una serie de aspectos como la comunicación, bases de conocimientos, coordinación, capacitación y otros. Ello se magnifica en acciones que responden más hacia la prevención de enfermedades y

en actividades con distintos enfoques, lo cual termina en que la promoción de la salud no se organice en forma de procesos lógicos.

Es desde esta perspectiva que una propuesta de un profesional en la materia resulta sumamente valiosa no solo para la institución sino también para la salud de la población. Al tener este antecedente fue posible clarificar las bases sobre las cuales partió este TFG, pero también las áreas donde es posible dar un aporte concreto.

Con base en esto, a continuación, se brinda un marco de referencia que explica los principales conceptos y constructos teóricos, y los analiza a la luz del objeto de estudio de esta propuesta: procesos de promoción de la salud en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. En ese sentido, es importante conocer la perspectiva bajo la cual se enfoca el problema de estudio y, por ende, la metodología propuesta para abordarlo.

Una vez que existe claridad sobre estos conceptos, se acota el espacio del Área de Salud de Goicoechea 2, lugar sujeto a estudio en esta propuesta, para presentar una serie de elementos que configuran la realidad de dicho lugar. Este apartado permite conocer el desarrollo de la promoción de la salud para el lugar de estudio en concreto, así como las principales necesidades a las que dicho servicio debe abordar. Ello permitirá presentar, en un apartado posterior, el problema que se concretiza y la metodología propuesta.

2. Marco conceptual de referencia

Con el fin de facilitar la comprensión del enfoque de esta propuesta se propone del desarrollo de este capítulo mediante tres grandes subapartados, los cuales agrupan una serie de diversos conceptos y teorías relacionados entre sí. De esta forma se presenta, poco a poco, la relación sistémica entre cada constructo.

2.1 Promoción de la salud desde un primer nivel de atención

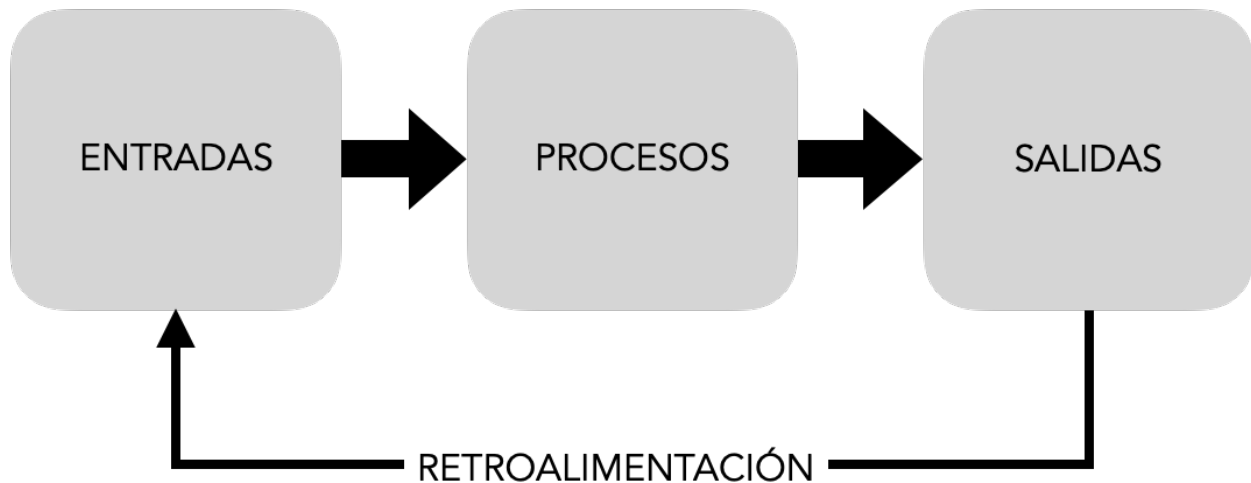
Como un componente transversal de este trabajo es importante iniciar con la teoría y el enfoque de sistemas. El postulado principal es analizar un sistema como un conjunto de elementos organizados donde cada uno es igual de importante que su interrelación (Osorio, 2017, p.19). A diferencia de un simple grupo de elementos, la teoría establece que los sistemas serán afectados si un solo componente es agregado o eliminado debido precisamente a su naturaleza compleja. De esta forma, el pensamiento sistémico propone una aproximación a la realidad comprendiéndola como un todo, y no solamente como un conjunto de partes (Osorio, 2017, p.17).

En específico, el fundador de la teoría de sistemas Ludwig von Bertalanffy establece que un sistema abierto se define por el intercambio de materia con su ambiente, mediante un proceso de importación y exportación que se construye y descompone por sus componentes (1968, p. 141). Johansen también aporta que los sistemas abiertos están compuestos de cuatro elementos fundamentales.

En primer lugar, las entradas se entienden como recursos y componentes del contexto, poniendo de ejemplo la energía solar para las plantas o el oxígeno para los humanos (Johansen, 1993, p.71). Con las entradas llega el proceso donde por medio de una serie de actividades, dichos recursos se convierten en el producto final, siendo éste el tercer elemento. Las salidas corresponden al producto final del sistema, al mismo que podrían ser las entradas del mismo sistema para crear un ciclo. Por ejemplo, un sistema de transporte genera como salida el dinero, el cual es utilizado para compra de vehículos, gasolina y otros elementos de entrada para dicho sistema (Johansen, 1993, p.80). Este último elemento, mayormente conocido como retroalimentación, es fundamental pues otorga la información que el sistema necesita para saber si está cumpliendo su objetivo, y así

ejercer un mecanismo de control para asegurar el logro de su meta (Johansen, 1993, p.82). Para entender de mejor forma esta teoría, se detalla la figura 3 con los principales elementos de un sistema.

Figura 2. Componentes de un sistema



Fuente: elaboración propia con base en Johansen, 1993.

Aplicación del enfoque sistémico al ámbito de la salud

En otro orden de ideas, hay un componente intrínseco a los seres humanos que también se puede analizar desde el enfoque sistémico: la salud. Este requisito fundamental de la vida no es un sistema cerrado, no existe únicamente en los confines del cuerpo ni es aislada de la realidad sociopolítica de la persona. Este enfoque reduccionista de salud como opuesto a enfermedad, en contraposición con el pensamiento sistémico, tiene su origen desde la época de antigua Grecia en el nacimiento de la práctica médica (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005, p.64).

Sin embargo, el concepto y la percepción de lo que salud significa se ha ido transformando a través de diversos postulados que comprenden la salud y enfermedad como fenómenos determinados por la situación social (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005, p.67). En esta línea, la salud en la actualidad debe entenderse como el resultado de una construcción colectiva (Quesada y Picado, 2014, p.127) y el producto de un proceso social determinado por el contexto en el cual las personas desarrollan su vida. Entonces, la naturaleza compleja de la salud exige un marco de

análisis que logre amalgamar dicho conjunto de elementos (el contexto) y la aborde procurando una respuesta más compleja.

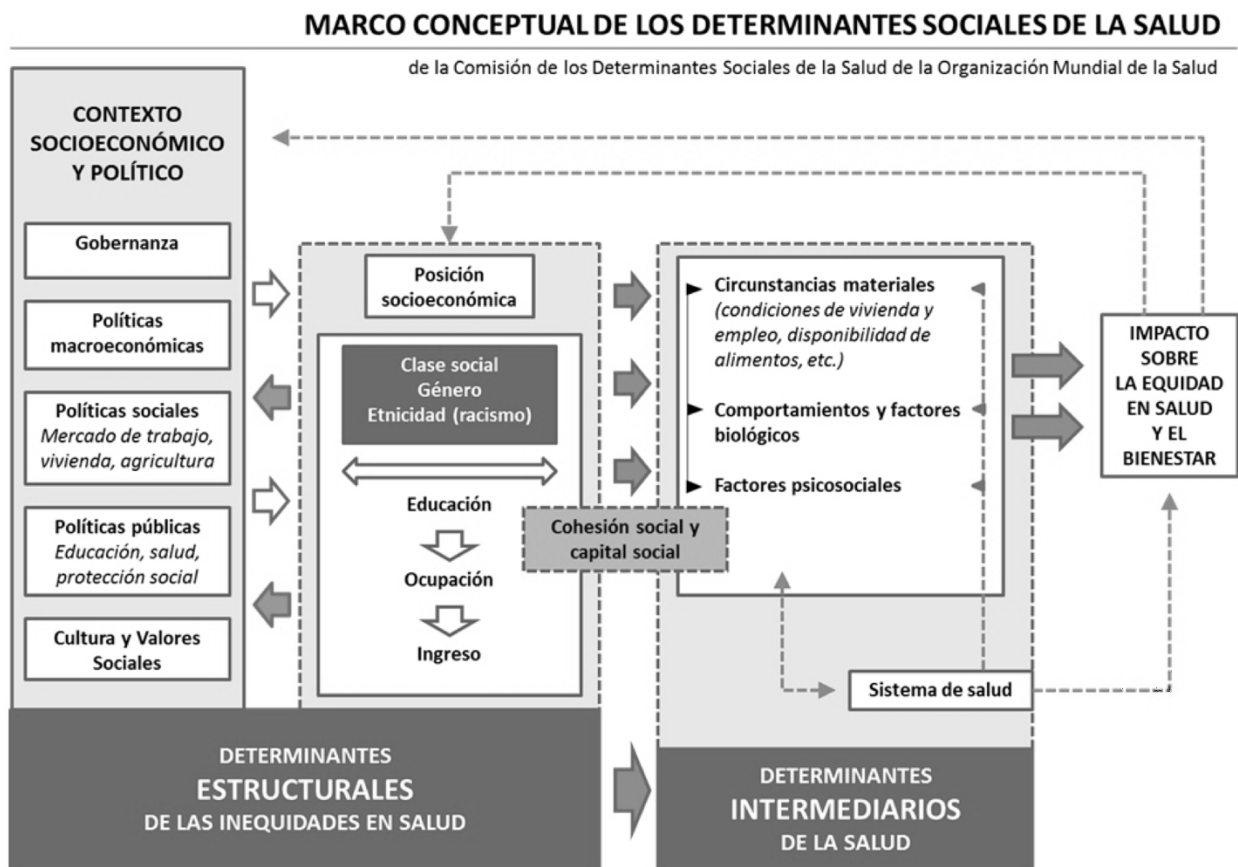
Una teoría que plantea el análisis de la influencia del contexto a lo largo de las diversas etapas etarias de una persona es el curso de vida. Este enfoque plantea que, a lo largo de las trayectorias vitales de la población, se dan una serie de cambios producto de diversos eventos en el contexto de los individuos (Cenobio-Narcizo et.al., 2019, p.204). Debido a estos cambios, la teoría permite comprender la forma en que el pasado y el presente influyen la vida de la población, así como la forma en que las etapas vitales configuran la salud (Cenobio-Narcizo et.al., 2019, p.204). De esta forma, los eventos que experimenta una persona en la etapa de la niñez tendrán un efecto en su salud durante la etapa adulta, por ejemplo, el fumado durante la adolescencia podría contribuir con el desarrollo de un enfisema pulmonar pasados los 50 años.

La teoría de curso de vida se rige bajo una serie de principios, los cuales tienen que ver con la influencia de los tiempos históricos y los lugares donde surgen las experiencias, la edad en la cual se desarrollan los cambios, la vinculación y las relaciones que se comparten con otras personas, y las elecciones y acciones dentro las oportunidades y limitaciones de cada persona, todo determinado por las circunstancias sociales (Cenobio-Narcizo et.al., 2019, p.205). Un concepto relevante para destacar en este análisis de la teoría es el de desventaja acumulada, el cual expresa que las desigualdades en salud a lo largo del ciclo de vida provienen del resultado de un efecto acumulativo de las desigualdades socioeconómicas, y que por lo tanto un mayor estrato social permite reducir la morbi-mortalidad (Cenobio-Narcizo et.al., 2019, p.206).

Entrando a los elementos de fondo dentro del enfoque de curso de vida, existen teorías para explicar la influencia del contexto en la salud con mayor detalle. Uno de estos marcos es el planteado y adoptado por la Organización Mundial de la Salud titulado Determinantes Sociales de la Salud. Ahí, se parte de la idea que el contexto está compuesto de aspectos estructurales, “culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación, pero ejerce una influencia formativa poderosa en los patrones de la estratificación social y, por lo tanto, en la salud de las personas” (Solar e Irwin, 2010, p.25). Estos grandes elementos, conocidos como determinantes estructurales, bajan a un nivel más práctico y medible de determinantes intermedios, en el cual una serie de elementos interactúan y fluyen de dicha

estratificación social a la configuración de diferencias en exposición y vulnerabilidad hacia condiciones que comprometen la salud (Solar e Irwin, 2010, p.37). De esta forma, los Determinantes Sociales de la Salud comprenden todas las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan (Solar e Irwin, 2010, p.9), haciendo referencia a un enfoque sistémico de la salud en el cual se trasciende una dicotomía estática de enfermedad o bienestar.

Figura 3. Modelo gráfico de la interrelación de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Solar e Irwin, 2010, p.6.

En un primer gran grupo, los determinantes estructurales tienen que ver con la gobernanza, política macroeconómica, política social y pública incluyendo de educación, protección social y mercado, así como valores culturales. En otro grupo más próximo a la realidad inmediata, conocidos como determinantes intermedios, está la posición socioeconómica

compuesta del género, clase social, nivel educativo e ingreso, y mediado por la cohesión social, estos grandes elementos se unen a las circunstancias materiales como vivienda, condiciones laborales y disponibilidad de alimento, así como factores biológicos y psicosociales. El desenlace de dicha compleja y sistémica relación es un impacto en la equidad en salud (Solar e Irwin, 2010, p.48).

Ahora bien, dentro de esta gran sombrilla de determinantes que influyen a las personas a lo largo de su ciclo de vida, es importante acotar el espacio de los sistemas y servicios de salud para entender su rol en esta teorización de la salud como producto social. En esa línea, el sistema de salud, como su nombre lo indica, debe ser analizado, diseñado y evaluado como tal. Como se expuso antes, el pensamiento sistémico no es exclusivo de la biología o del sector industrial, y ha sido utilizado de forma cada vez mayor en el sector salud. Ha existido un interés por otorgar una visión compleja a la respuesta de los gobiernos ante las necesidades de la prestación de servicios de salud de la población, mas la literatura publicada en el tema abunda en mayor medida en países de alto ingreso. Así también, hay un alto contenido analítico de la relación entre el enfoque sistémico y los sistemas de salud, pero hay una falta importante de evidencia y guía práctica sobre cómo dicha teoría puede aplicarse a los mismos (Adam, 2014, p.1).

El sistema de salud está compuesto por un complejo andamiaje de elementos que no solo incluye la atención clínica. Se dice que el sistema de salud puede abordar las “diferencias en exposición y vulnerabilidad” no solo al mejorar el acceso equitativo a los servicios, sino también en la promoción de acción intersectorial para mejorar la salud (Solar e Irwin, 2010, p.40). De esta forma, el sistema de salud es un sistema abierto de componentes interconectados que interactúan con el contexto en el cual está situado (Atun, 2012, p.iv4).

Los sistemas de salud son definidos por la OMS como “todas aquellas organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud. Esto incluye esfuerzos para influenciar los determinantes de la salud, así como acciones más directas para mejorar la salud” (OMS, 2007, p.2). Dicho organismo propone que el sistema se compone de seis bloques, a saber: prestación de servicios, capital humano en salud, información, productos médicos y tecnologías, financiamiento y gobernanza (OMS, 2007, p.3). La prestación de servicios de salud se define como la “entrega de intervenciones en salud efectivas, seguras, de calidad,

personales y no personales a aquellos que las necesitan, cuando y donde las necesitan” (OMS, 2007, p.14).

Entonces, dichas intervenciones tienen un impacto, en mayor o menor medida, en uno o más de los bloques que conforman el sistema (de Savigny y Adam, 2009, p.33). El enfoque sistémico aplicado a los sistemas de salud busca anticipar y mitigar efectos negativos que dichas intervenciones tengan en el resto de los bloques, así como coadyuvar al entendimiento de dicho impacto y planteamiento de evaluaciones para medirlo (de Savigny y Adam, 2009, p.34). Sin embargo, esta interconexión de cada elemento implica, en la práctica, que los sistemas de salud sean resistentes al cambio (de Savigny y Adam, 2009, p.42). Así también, ello representa un reto importante en el diseño e implementación de políticas efectivas, pues estas necesitan comprender la multiplicidad de objetivos, procesos y momentos en los que se encuentra el sistema. Otras características que el sistema de salud posee son el cambio constante, la sensibilidad a condiciones pre-existentes, organización propia y retroalimentación (El-Jardali et.al., 2014, p.400)

Así, el sistema de salud se convierte en un determinante social de la salud (Solar e Irwin, 2011, p.39). De esto es importante señalar que el sistema contribuye no solo a la prestación directa de servicios, sino también a la participación social y el empoderamiento de la población. De igual forma, tiene un rol activo en la reducción de inequidades al desarrollar programas de salud e involucrar otras formas de política pública para mejorar la salud de comunidades en desventaja (Benzeval, Judge y Whitehead, 1995, p.24).

Esto permite entender el rol que posee la Caja Costarricense de Seguro Social en la distribución de la equidad en salud a nivel país. Esta red de servicios tiene una participación preponderante en el abordaje de la salud y, por ende, se requiere que dicho abordaje parta desde un punto de vista complejo y sistémico. En específico, el primer nivel de atención tiene el contacto directo con los usuarios y debe hacerlo de forma proactiva y propositiva, es decir, no esperando a la atención de enfermedades. Esto precisamente es lo que los autores citados antes exponen con respecto a la necesidad de que el sistema de salud tenga una capacidad de respuesta al cambio, y produzca una política de reducción de inequidades y mejora de salud. Esta reflexión lleva a realizar un análisis más profundo sobre una de las formas en que los servicios de salud responden al contexto y a las necesidades de la población, la cual consiste en promoción de la salud.

Promoción de la salud y atención primaria como nuevas respuestas de los sistemas de salud

El análisis de estas desigualdades e inequidades sociales que se han explicado en párrafos anteriores tomó una gran relevancia a partir de los años setenta del siglo pasado cuando se realizó la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Este concepto es amplio e implica una gran variedad de factores que es necesario comprender y extraer, pues son parte del núcleo central de esta propuesta. Desde la Declaración inicial de Alma Ata en 1978 se estableció una noción de atención primaria como:

Una parte integral tanto en el sistema de salud, en el cual (la atención primaria) es la función central y enfoque principal, como en todo el desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención en salud a donde las personas viven tan cerca como es posible (OMS, 1978, p.16).

De esta definición se desprenden múltiples elementos. En primer lugar, se observa que la atención primaria fue entendida tanto *parte integral* como *primer nivel*, ello implica que puede concebirse como una estrategia transversal en los servicios de salud y, a la vez, se aspira a que sea el primer nivel de atención en dicho sistema (Zaglul-Ruiz, Gamboa-Lizano y Sáenz-Madrugal, 2020, p.17). Esto es fundamental pues toda la propuesta que aquí se presenta se dirige hacia la incorporación y la estructuración de los servicios de promoción de la salud en el primer nivel de atención, el cual pretende tener como eje central dicha estrategia de atención primaria.

En esta línea, ambos conceptos de promoción de la salud y atención primaria no están desligados ni deben verse como opuestos. En la nueva declaración, realizada 40 años después de la primera, se destaca que la atención primaria debe priorizar la promoción de la salud, así como apuntar hacia el abordaje de las necesidades en salud de las personas en todo su curso de vida a través de (entre otros) servicios integrales que promuevan la salud (OMS, 2018, p.6).

Esta meta no escapa de la realidad costarricense. Durante la década de los años 90 se dio una reforma importante en todo el sistema de salud, incluyendo a la institución que ocupa a esta propuesta. Mediante diversos cambios se estructuró un nuevo modelo de atención orientado a la Atención Integral de Salud, con base en los principios básicos de la CCSS como la universalidad, solidaridad y equidad. Este nuevo modelo se caracteriza por dar énfasis a la promoción de la salud,

así como un enfoque de continuidad de la atención al individuo, familia y comunidad (Vargas, 2006, p.44). En esta misma línea, se plantea que la promoción de la salud es una función dentro del modelo de atención primaria, y por ende debe ser parte integral del primer nivel de un servicio de salud con dicho enfoque (Vargas, 2006, p.61).

Ahora bien, la promoción de la salud surge en el siglo XX como una nueva forma de comprender y abordar la salud de las poblaciones. En diversos espacios es reconocida como uno de los elementos de la salud pública, de hecho, se considera como una de sus funciones esenciales (Organización Panamericana de la Salud, 2020, p.71). Sin embargo, es importante reconocer que si bien la salud pública “se posiciona como responsable de promover salud, sus prácticas se organizan alrededor de conceptos de enfermedad” (Czeresnia, 1999, p.702). De hecho, la OPS señala que el objetivo de la promoción de la salud debe ser la reducción de factores de riesgo y el incremento de entornos saludables, por medio de estrategias como políticas fiscales de impuestos al tabaco, promoción de actividad física, control vectorial y de contaminación de aire, entre otras (OPS, 2020, p.72).

Esta equiparación de conceptos falla en reconocer la profunda teorización de la génesis social de la salud. Establecer que la salud se promueve mediante estrategias dirigidas al control de la enfermedad (y sus factores de riesgo) es ignorar tanto el amplio contexto sociopolítico del cual la salud es producto, así como la naturaleza sistémica del mismo. De forma opuesta a la posición teórica de la OPS, otros autores establecen la necesidad de trascender la visión biomédica, pues al adoptar una visión de salud como producto social, la promoción de este fenómeno se dirige al abordaje de los elementos que la configuran.

Desde este enfoque, la promoción de la salud eficaz “produce cambios en los determinantes de la salud”, tanto en los intermedios como lo son aquellos más próximos a la realidad cotidiana, como en los estructurales donde se encuentran las condiciones sociales, económicas y del entorno (Merino, Arroyo y Silva, s.f., p.2). Así, de forma global la promoción de la salud contribuye a mejorar la salud y equidad a través de un análisis y una reflexión política-económica, de un “conjunto integral de estrategias y su enfoque sistémico” (Jackson, 2011, p.84).

Es importante destacar que hay múltiples escenarios en los cuales se desarrolla la atención primaria y la promoción de la salud, que responden precisamente a la perspectiva teórica que se tenga de cada una con respecto a su ámbito de acción. Como se mencionó, al ser una estrategia que persigue la equidad, la atención primaria puede desarrollarse en los centros de salud, así como también puede llevarse a viviendas, centros educativos y de trabajo, de cuidado infantil, guarderías y la comunidad como un todo (Vargas, 2006, p.75). Ello permite entender que el abordaje de la salud desde su perfil sistémico implica llevar los servicios justamente a donde ésta se produce. Este cambio en la conceptualización de un servicio de salud comprende, como se mencionó antes, a la salud como resultado y producto social, y extiende la promoción de la salud fuera de los muros de un edificio.

De esta forma es posible comprender el enfoque al que esta propuesta se suscribe sobre el desarrollo de la promoción de la salud en el primer nivel de atención de la CCSS. El pensamiento sistémico permite entender cómo los servicios de salud se adaptan, interactúan, obtienen recursos y retroalimentación del contexto, a la vez que se abocan al abordaje de un fenómeno de igual naturaleza sistémica como lo es la salud. El modelo de Determinantes Sociales de la Salud operativiza un enfoque de curso de vida en el cual los servicios de salud deben responder desde una perspectiva integrada, entendiendo el peso del sistema como un determinante en la salud, siendo esta un producto social que se construye a lo largo de toda la vida. Finalmente, la promoción de la salud permite llevar esto a un conjunto de metodologías, técnicas y procesos que aborden la salud desde un enfoque sistémico, dentro de un modelo de atención primaria como puerta de entrada a los servicios de salud y como estrategia que procure equidad en la atención.

2.2 Operativización del marco estratégico organizacional

Los servicios de salud son finalmente organizaciones. Todo el marco de referencia anterior sería inútil si no se diseña una estructura que organice personas y procesos para el alcance de dichas metas. El subapartado anterior se enfoca en la idea de *hacia dónde se quiere ir*, la respuesta más sencilla es el título de este, haciendo referencia a la incorporación de la promoción de la salud en el primer nivel de atención, desde un punto de vista sistémico, complejo y desde los determinantes sociales. Ahora, la pregunta se convierte en *cómo llegar ahí*, respuesta que se plantea en los próximos párrafos.

Según Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, “encontrar respuestas claras a la pregunta *¿cómo vamos a llegar?* es la esencia de la administración estratégica” (2012, p.4). De esta forma, la estrategia puede considerarse como un plan de acción “a partir de un arsenal integrado de opciones” (2012, p.4). Sin embargo, no es un elemento estático dentro del quehacer organizacional, sino más bien es un conjunto de acciones proactivas y reacciones de adaptación ante sucesos inesperados (2012, p.10). La estrategia, como elemento práctico, responde a una visión estratégica establecida por la alta administración sobre el rumbo de la organización. Dicha visión describe las aspiraciones y dibuja el curso estratégico de largo plazo (Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, 2012, p.23).

Para conseguir esta estrategia las organizaciones diseñan un modelo de negocio que refleje sus metas, posibilidades y enfoques. Dicho modelo es un esquema que la administración sigue para proveer un servicio que agregue valor para los clientes (Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, 2012, p.11) en adelante llamados usuarios por la naturaleza del objeto de estudio.

El modelo de negocio, según la propuesta de los autores citados, contiene dos elementos principales: la propuesta de valor para el usuario y la fórmula de utilidades. El segundo elemento tiene que ver con la eficiencia con que la organización logra atender las necesidades de los usuarios, en este caso cómo el Área de Salud provee sus servicios con los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles.

El valor es la forma en que la organización plantea abordar dichas necesidades (Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, 2012, p.11). Estos elementos, aunados al establecimiento de objetivos, propósitos, resultados y otros constituyen un plan estratégico. Dicha herramienta expresa la dirección futura de la organización, sus metas de desempeño y un plazo para alcanzarlas (2012, p.37). Una vez que está establecida la estrategia, las acciones y los procesos internos se deben plantear a partir de una estructura organizacional, la cual detalla las bases utilizadas por la organización para dividir sus actividades y cómo se logra coordinarlas.

En ese sentido, la estructura no es solamente un organigrama sino también el conjunto de criterios para la división formal del quehacer de una organización (Proulx, 2014, p.70). Cabe destacar que existe toda una estructura informal en las organizaciones que también determina

formas y caminos de distribuir dichas actividades, sin embargo, esta estructura informal no puede ser descrita pues es sumamente variable entre el capital humano (Proulx, 2014, p.73).

Dicha estructura organizacional está compuesta de diversos elementos. El autor citado presenta el modelo de los cinco agrupamientos de Mintzberg, los cuales corresponden a las funciones de la organización y son (Proulx, 2014, p.74-75):

- Cima estratégica: constituida por la alta dirección; aquellos encargados de orientar la organización, precisar la misión y coordinarla.
- Línea jerárquica: gestores intermedios que aplican la política de la cima estratégica; es el punto medio que transmite la estrategia al centro de operaciones.
- Centro operacional: aquellos vinculados a la producción directa de servicios, están en contacto con los usuarios.
- Tecnoestructura: sus colaboradores trabajan sobre actividades de control y normalización de las operaciones; son los planificadores, contadores, gerentes de finanzas, recursos humanos y otros.
- Apoyo logístico: contiene a personas que ofrecen servicios independientes de las operaciones y no tienen influencia directa en estas; son los encargados de comunicación, servicios de cafetería y limpieza, entre otros.

De esta forma, se adopta la definición de estructura organizacional como “el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego coordinar las mismas” (Mintzberg, 2005, p.26). Ahora, estos grandes componentes interactúan entre si para mover la organización hacia adelante. Mintzberg propone que los flujos que unen dichas partes son la autoridad, el material de trabajo, la información y los procesos de decisión. Así, se entiende que la organización es un sistema de flujos controlados.

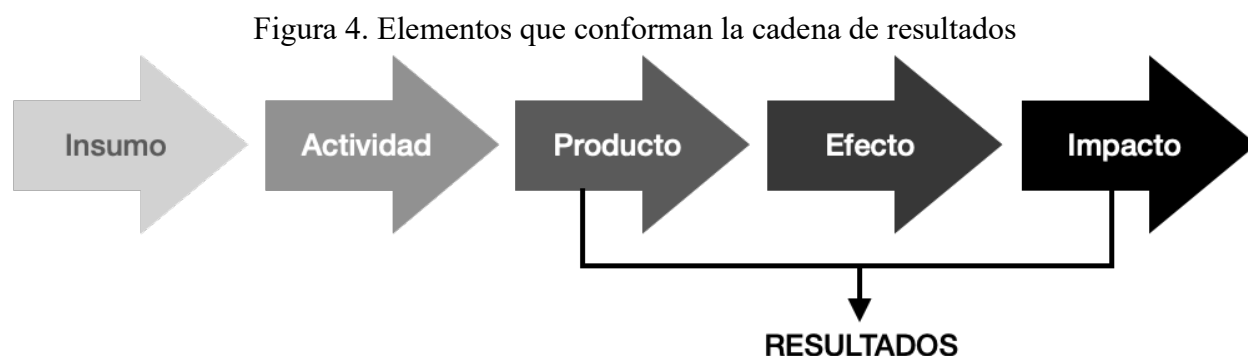
En el caso de los sistemas de salud, estos elementos de flujo que mueven los procesos permiten finalmente transformar los recursos (entradas) en servicios (salidas) relevantes para las necesidades de la población. Esta estructura organizacional habilita entonces la prestación de los servicios y concreta una atención en salud luego de que existiera una compleja interrelación sistémica de factores.

Ahora bien, si todo esto se trae a la realidad de la administración pública costarricense, con especial énfasis en los servicios de salud, se puede encontrar que hay un modelo que orienta toda la planificación de dichos espacios. La Gestión para Resultados se conceptualizó a través de un marco estratégico desde el Ministerio de Planificación y Política Económica de Costa Rica (MIDEPLAN), con el fin de fortalecer su aplicación en el país.

MIDEPLAN menciona que la incorporación exitosa de la gestión para resultados requiere una serie de cambios pausados en la estructura organizacional de las instituciones públicas, los cuales conducen al abandono del esquema tradicional jerárquico y centralizado, con el fin de abrir el camino a enfoques de eficacia, efectividad y transparencia (MIDEPLAN, 2016, p.7). Este enfoque de gestión incluye los pilares de planificación, presupuesto, gestión financiera, auditoría, gestión de proyectos y evaluación, todo enfocado a los resultados (2016, p.7).

De esta forma, la gestión para resultados se define como una estrategia de gestión centrada en el logro de objetivos para el desarrollo y los resultados, no se enfoca en los servicios sino en los efectos e impactos generados en la sociedad por estos, tanto a mediano como largo plazo. Es por ello que la administración pública debería dirigirse al logro de cambios sociales esperados, y medirse por el éxito alcanzado en la calidad de vida de los ciudadanos (MIDEPLAN, 2016, p.15).

Un instrumento de este enfoque es la cadena de resultados, la cual explica el proceso de transformación de los insumos en servicios, por medio de actividades que agreguen valor a los usuarios a través de la determinación de efectos e impactos esperados. Así, se colocan en primer lugar los resultados que se quieren alcanzar y definir los insumos y actividades necesarias para lograrlos (MIDEPLAN, 2016, p.16).



Fuente: Elaboración propia con base en MIDEPLAN, 2016, p. 16.

Como se ha mencionado, el valor público es central en la cadena de resultados que persigue dicho modelo de gestión. En ese sentido, el mismo organismo de planificación nacional lo define como la capacidad para dar respuesta a problemas relevantes de la población, por medio de la oferta de servicios de calidad, eficientes y que promuevan oportunidades (MIDEPLAN, 2016, p.15). Esta idea de dar respuesta real a las necesidades se relaciona estrechamente con el análisis que se ha venido haciendo de los servicios de salud como un determinante de la salud, y cómo diversos modelos permiten llevar esto a la práctica como lo es la atención primaria y la promoción de la salud. De esta forma, se adopta un enfoque de servicios de promoción de la salud que se planifiquen desde los resultados esperados, y por ende su valor público hacia los usuarios.

Una forma de analizar la dinámica del valor público tiene que ver con tres componentes fundamentales: autorización, creación y medición. El primero se refiere a cómo los usuarios aprueban el valor y éste es legitimado, luego la creación tiene que ver con la forma en que la prestación de servicios atiende las necesidades y expectativas de los usuarios y permite una mejora continua, llegando al elemento de medir si el servicio alcanzó estas metas (Coats y Passmore, 2008, p.9).

Entonces, al traer el encuadre realizado sobre de la teoría en torno a la prestación de servicios de promoción de la salud, y cómo la estructura de la CCSS debe habilitar la estrategia en modelos de gestión, organización y flujos a través de todos sus componentes que permitan una respuesta a las necesidades de los usuarios, es posible entender a qué se hace referencia cuando se mencionan los procesos que la estructura debe definir para articular la respuesta, en este caso, de promoción de la salud.

En la justificación y la contextualización se detalla cómo los planes estratégicos de la Caja Costarricense de Seguro Social señalan la necesidad de incorporar, cada vez más, los servicios de promoción de la salud, especialmente en el primer nivel de atención (CCSS, 2019, p.36). En ese sentido, la estructura misma de dicho primer nivel (expresado Áreas de Salud y sus respectivos EBAIS) debe estar diseñada para operativizar este marco estratégico y así poder prestar dichos servicios. Es por ello que la propuesta utiliza tanto el enfoque de las teorías en torno a la salud y sus servicios, así como la estructura de la administración pública que debe permitir esta entrega de servicios a los usuarios.

Desde una perspectiva sistémica, es necesario entender la estructura en la que se envuelve el servicio de la promoción de la salud desde su conceptualización técnica, pues el primer nivel de atención como ente desconcentrado es un sistema en sí mismo, que requiere responder a las necesidades de la población. A su vez, forma parte de una institución con diferentes niveles de resolutivez y atención a la salud que es un sistema en sí misma, para finalmente formar parte del gran sistema de salud costarricense. Entonces, este encuadre desde teorías administrativas permite entender el sistema en el cual el servicio de la promoción de la salud forma parte en su estructura.

Ahora, este trabajo se enfoca en la articulación de la promoción de la salud por medio de una propuesta de procesos que vincule la estructura del Área de Salud de Goicoechea 2 como primer nivel de atención al marco estratégico global de la institución. En ese sentido, este último apartado se enfoca en la teoría en torno a procesos para finalizar con la operativización de la reorientación de servicios como eje principal de la promoción de la salud.

2.3 Diseño y mejora de procesos para la reorientación de servicios de salud

La teoría de gestión por procesos nace en el sector de organizaciones privadas con el objeto de implementar un enfoque para la obtención de resultados que satisfagan al usuario (Salimbeni, 2019, p.73). Diversos autores han mencionado que la aplicación de un enfoque de mejora continua a los procesos incrementa la calidad y productividad (Deming, 1989, p.94). De hecho Deming, como un referente internacional en la teoría de mejora continua, menciona un punto importante sobre el incremento en la calidad del servicio como tal y no solo sobre sus procesos (1989, p.104). Es por ello que esta propuesta adopta un enfoque de gestión para resultados (explicado antes) en el cual la identificación y mejora de procesos son parte fundamental en el fortalecimiento de la planificación institucional (MIDEPLAN, 2016, p.41), y se promueve una gestión centrada en el resultado que los usuarios esperan y no solo en las actividades por sí mismas.

Siguiendo con esta línea, el proceso como una unidad colabora en entender la globalidad de la tarea, entendiendo por ejemplo que “se está construyendo una casa y no solo pegando ladrillos” (Bravo, 2008, p.25). Para esta propuesta se adopta el enfoque de este autor quien plantea que el proceso es una “totalidad que cumple un objetivo completo y que agrega valor” para el usuario, a la vez que se entiende que el proceso tiene una intencionalidad, es irreversible, interactúan entre sí y crean riqueza social (2008, p.27). Es necesario entender que un proceso es

diferente a una actividad, la cual tiene sentido dentro del proceso y se asocia con un cargo específico. Entonces, los procesos se conforman de una serie de actividades, las cuales a su vez contienen tareas. Así también, el procedimiento es la explicación del camino que recorre el proceso, y se aplica a las actividades y tareas (Bravo, 2008, p.29).

De forma más global, existen diversos tipos de procesos ubicados en diferentes niveles de la estructura organizacional, a saber (Bravo, 2008, p.30-31):

- Procesos estratégicos: relacionados con el establecimiento y la comunicación de la misión, valores y objetivos, así como las formas de monitorear el cumplimiento de los mismos.
- Procesos de negocio: satisfacen las necesidades concretas de los usuarios, son los procesos medulares en el quehacer de la organización y se asocian con la producción de los servicios, también llamados de misión.
- Procesos de apoyo: son secundarios pero necesarios para realizar los procesos de negocio, tienen que ver con pagos, alimentación, impresiones, compras y demás.

Otro concepto importante de explorar en este apartado es el mapa de procesos, el cual otorga una visión de conjunto y representa las relaciones entre los procesos y sus niveles jerárquicos. Así también, une los procesos segmentados y da sentido a la organización misma del quehacer dentro de la producción de servicios de la institución (Bravo, 2008, p.37). Entonces, la articulación de los procesos de promoción de la salud no puede concebirse como un constructo etéreo que existe solo en la mente de quienes están involucrados en la prestación de este servicio. Existen herramientas para visualizar la articulación de la promoción de la salud como tal y dibuje, a la vez, su rol en la estructura organizacional del primer nivel de atención.

Con ese objetivo, este trabajo adopta la propuesta de una guía de procesos que se define como un “soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas, así como para la gestión del proceso” (Beltrán et.al, 2009, p.44). Para este fin, la guía define una serie de elementos que llevan los procesos definidos a un ámbito operativo, en el cual el capital humano encargado de ejecutarlos tiene claro qué hacer y porqué lo hace, al mismo tiempo que estandariza los procedimientos y abre la oportunidad a una mejora en la calidad de los servicios. Dichos elementos son la misión, límites (entradas y salidas),

alcance, indicadores, variables de control, inspecciones, registros necesarios y recursos con los que se cuenta para el proceso (Beltrán et.al, 2009, p.46).

Para finalizar este acápite que aproxima el enfoque global de la propuesta, resulta conveniente finalizar con un elemento que funcione como la pieza final de este mapa sistémico de teorías y conceptos que dan sentido al trabajo. La promoción de la salud, como se mencionó antes, se entendió desde cinco grandes áreas cuando se formalizó el término por la OMS, una de ellas es la que permite entender el fondo de esta propuesta: la reorientación de servicios de salud. De acuerdo con este organismo internacional:

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades (...) y favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana (OMS, 1986, p.4).

Es reconocido por diversos autores que la incorporación de la promoción de la salud en los servicios de salud permite contener el aumento del costo de los servicios meramente curativos, así como resolver situaciones evitables (De Lellis, 2018, párraf. 25). De esta forma, la reorientación busca transformar una atención (tradicionalmente) clínica hacia un complejo conjunto de servicios que prioricen la promoción de la salud.

En ese sentido, se adopta una definición implícita de la reorientación de servicios propuesta por Caicedo et.al, que sirva como enfoque para dar una coherencia a toda la propuesta. Según este grupo de autores, se debe operativizar una Atención en Salud basada en el Valor, la cual “busca reorientar a los servicios de salud para que logren mejorar la satisfacción de las necesidades en salud de las personas, mientras mantienen una relación óptima con los costos y los resultados” (2017, p.175). De esta forma, “el análisis y la generación de valor en las organizaciones sanitarias son fundamentales para la transformación de los servicios de salud” (2017, p.176).

Sobre esto, es importante acotar que el valor se entiende desde tres elementos concretos (Caicedo et.al, 2017, p.177):

- A. Valor distributivo: es la forma en que distribuyen los recursos para lograr el mayor beneficio posible para la población.
- B. Valor técnico: consiste en aumentar la calidad y la seguridad de la atención.
- C. Valor personalizado: busca generar valor en cada atención haciendo uso de la mejor evidencia posible.

Finalmente, la reorientación de los servicios de salud como eje de acción de la promoción debe buscar la generación de valor para los usuarios que reciben dichos servicios. El modelo de gestión propuesto por MIDEPLAN permite identificar los procesos necesarios en el primer nivel de atención para alcanzar los resultados a través de toda la cadena de valor. A su vez, este modelo permite operativizar una planificación estratégica en la cual la misma CCSS ha posicionado a la promoción de la salud como pilar fundamental, y llevar dicha estrategia hasta la estructura organizacional de las Áreas de Salud. Es así como todas las teorías y conceptos cobran sentido para explicar el enfoque sistémico de la propuesta en sí, así como el producto final que se espera plantear en beneficio del primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

3. Contextualización

3.1 Características del cantón de Goicoechea

La promoción de la salud parte de un paradigma salutogénico y no biomédico, en el cual se sostiene la tesis de que la salud es el resultado de un conjunto de determinantes. Para su comprensión, existen múltiples modelos teóricos que detallan cómo la respuesta del Estado, las condiciones sociales, la distribución de la riqueza y la estratificación diferenciada de la estructura social, permean en la desigualdad social, en la equidad y por ende en la salud pública de un país.

Como se detalló en el marco conceptual, esta propuesta utiliza el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud acogido por la Organización Mundial de la Salud, el cual parte del análisis de una serie de elementos que interactúan y fluyen desde dicha estratificación social a la configuración de diferencias en exposición y vulnerabilidad, hacia condiciones que comprometen la salud (Solar e Irwin, 2010, p.37). Por ende, resulta valioso conocer el perfil y las características del cantón a la luz de este modelo, pues es a esta zona geográfica que los procesos de promoción de la salud del Área de Salud deben responder.

Determinantes estructurales:

En esta sección se ubican los elementos socioeconómicos y políticos del contexto, tales como las políticas macroeconómicas y públicas relacionadas con educación, trabajo, mercado, vivienda, ocupación, ingreso y otros. En ese sentido, para la situación de migración, en Goicoechea la población que decide irse es más que la que ingresa, lo que provoca que “el saldo migratorio y la tasa de migración neta tengan valores negativos” (ProDUS-UCR, 2020, p.1149). Sin embargo, el Plan Regulador reconoce que las causas de la migración en Goicoechea no han sido estudiadas ni se conocen, lo que impide la creación de política pública en el tema (ProDUS-UCR, 2020, p.1149).

Por otra parte, en el tema de centros de cuidado y de educación Goicoechea tiene características particulares. Por ejemplo, la presencia de instituciones en estas áreas es importante dentro del cantón pues inclusive, de las zonas con mayor densidad poblacional del país, Goicoechea es la que posee los centros con mayor horario de atención y mejor equipo (ProDUS-UCR, 2020, p.529).

Con respecto a centros educativos, existe una cantidad importante de instituciones si se compara con el promedio nacional, tanto para escuelas como colegios. Así también, dichos centros son particularmente grandes a la hora de analizar la cantidad de alumnos matriculados en comparación nuevamente con el promedio nacional. Esto significa que existe una cantidad importante de población en etapa escolar, localizada específicamente en zonas urbanas (ProDUS-UCR, 2020, p.530)

Para el tema de arte y cultura, el cantón posee factores positivos como lo es la presencia de escuelas municipales especializadas en temas de artes plásticas y música, comparado con los otros cantones de la provincia de San José. Esto se debe a la existencia de dichos centros, adicional a centros artísticos para toda la población, en cantones de Montes de Oca y Moravia, los cuales colindan con Goicoechea (ProDUS-UCR, 2020, p.531)

Determinantes intermedios:

Otro gran grupo corresponden a las circunstancias más inmediatas a la realidad de las personas como sus condiciones de trabajo, ambiente, alimentación, factores biológicos, psicológicos, entre otros.

Según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) la población de Goicoechea era de 115 084 habitantes (2011), mientras que la población proyectada para el año 2021 es de 139 678 habitantes (2011). Un dato relevante es que la población mayor supera el promedio nacional. Sobre esto, el Programa de Investigación en Desarrollo Urbano Sostenible de la Universidad de Costa Rica destaca que, para este cantón durante los censos de 2000 y 2011, la población mayor de 65 años ha superado al promedio nacional en más de un punto porcentual (ProDUS-UCR, 2020, p.1105).

En cuanto a distribución de la población, el Plan Regulador de Goicoechea 2020 establece que en los distritos de Guadalupe, San Francisco, Calle Blancos, Ipís y Purrall todas las personas habitan en entornos urbanos desde el año 2000, mientras que el distrito de Rancho Redondo ni siquiera contaba con población este entorno para ese mismo año, más sí para el 2011 cuando cerca del 38% de su población vivía en zonas urbanas (ProDUS-UCR, 2020, p.1117).

En la tabla 1 se muestra una recopilación de los principales datos sobre indicadores relacionados con la situación de morbi-mortalidad en el cantón al año 2013, los cuales representan

los datos más actualizados publicados por el Ministerio de Salud. Los datos que se decidió destacar difieren en su mayoría del promedio del país. Como se observa, la densidad poblacional supera por mucho al promedio nacional, inclusive al promedio de la provincia capital que cuyo dato corresponde a 308, mientras que la tasa de natalidad es menor.

Por otra parte, el cantón presenta una alta incidencia de la sífilis, y una mortalidad general e infantil de igual manera alta, en comparación con el resto del país.

Tabla 1. Perfil de morbi-mortalidad en Goicoechea, 2013

Indicador	Dato en Goicoechea	Promedio Nacional
Densidad poblacional	3967,8	92,0
Tasa natalidad por 1000 hab.	12,3	15
Tasa mortalidad infantil por 1000 hab.	9,1	8,7
Tasa mortalidad general por 1000 hab.	4,8	4,2
Tasa incidencia de sífilis por 100,000 hab.	24,8	15,3

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud, 2013, p.4.

En cuanto al componente ambiental, se destaca que la separación o segregación de los residuos sólidos es inexistente pues estos se mezclan y juntan antes de ser recolectados. Así también, las inundaciones son comunes en el cantón, tanto en asentamientos urbanos como en los márgenes de ríos y quebradas. Ello se ve exacerbado por la contaminación localizada con estos mismos residuos sólidos, lo cual afecta al sistema de alcantarillas y tuberías (ProDUS-UCR, 2020, p.964).

Estas características presentan a un cantón que destaca en diversas áreas, sin embargo, no escapa de problemas en áreas como migración y bienestar ambiental, así como cobertura de centros culturales y artísticos, tal como lo destaca el Plan Regulador del 2020. Así también, se evidencia un porcentaje importante de población mayor con respecto al promedio nacional. Estos son elementos que finalmente son parte de los determinantes sociales y tienen un impacto en el desarrollo del proceso de salud en la población de dicho cantón.

Figura 5. Características generales del cantón de Goicoechea



Fuente: Elaboración propia a partir de ProDUS-UCR, 2020.

El sistema y los servicios de salud, de igual forma, son un determinante de este proceso de producción de la salud. Bajo el modelo utilizado, el sistema se ubica como un elemento mediador entre los determinantes intermedios y la equidad y bienestar en salud. Dada la naturaleza de este TFG, a continuación, se muestra una contextualización exhaustiva del Área de Salud de Goicoechea 2 y de la CCSS en general. Cabe destacar que dicha Área se selecciona bajo un criterio de viabilidad, pues el proponente reside en la zona y la coordinadora de la comisión local de promoción de la salud, así como la Dirección Médica de dicho centro, estuvieron anuentes a recibir la propuesta de investigación.

Así también, resulta de gran valor que el Área cuente con un primer y segundo nivel de atención, lo cual incrementa el valor agregado de esta propuesta, al considerar la cantidad de población adscrita a dicho establecimiento y la complejidad de la respuesta a las necesidades de salud que el Área de Salud está en capacidad de desarrollar.

3.2 Prestación de servicios de salud

En su sentido más amplio, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es la entidad de Costa Rica encargada del “gobierno y administración de los seguros sociales” (Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS, 2021a), además es la prestadora de servicios de salud más grande del país. La misión de la CCSS es “proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense” mediante una serie de valores como la “responsabilidad, el compromiso, respeto” (CCSS, s.f.) y otros. Por otra parte, la visión es convertirse en “una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano” (CCSS, s.f.).

La CCSS es una institución autónoma, lo cual significa que (a excepción de empleo público y salarios) no está “sometida a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices” del Poder Ejecutivo (CCSS, 2021a). Su unidad organizativa de mayor jerarquía es la Junta Directiva, donde se encuentran representantes del sector laboral, de los patronos y del Estado, conformando un equipo de nueve personas (CCSS, 2021a).

Ahora bien, la CCSS goza de una compleja organización a través de todo el territorio nacional. La institución tiene su propia división regional en siete sectores geográficos, está conformada por establecimientos de salud organizados en tres niveles de atención con diversos grados de capacidad resolutive, interrelacionados y articulados de forma vertical y horizontal (CCSS, 2019, p.19). Esta red, conformada por tres niveles de complejidad y capacidad resolutive, comprende distintos tipos de servicios que se brindan, con mayor especialización hacia el segundo y tercer nivel y acciones más “elementales” en el primero (CCSS, 2019, p.19), sin que ello implique que uno es más importante que otro, pues las distinciones corresponden a tecnologías y recursos humanos.

Es importante destacar que los servicios integrales de salud que ofrece la institución pasan por diversos momentos en el ciclo de vida de la población, y se enmarcan en un seguro de salud llamado *Seguro de Enfermedad y Maternidad*. El reglamento del Seguro de Salud de la CCSS

establece que éste incluye tres tipos de prestaciones concretas: atención integral a la salud, prestaciones en dinero y prestaciones sociales. La primera prestación es la que ocupa este trabajo, pues dicha atención se debe desarrollar a lo largo de todo el ciclo de vida de la población, en el tanto la atención integral incluye, entre otros (CCSS, 2021b):

1. Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
2. Asistencia médica especializada
3. Servicio de laboratorio clínico
4. Asistencia social, individual y familiar

La CCSS ha pasado por una serie de reformas y cambios a lo largo de su historia, pues inicialmente el seguro nació para brindar protección a los trabajadores asalariados únicamente. Algunos de estos eventos históricos que son necesarios de señalar son la universalización del seguro a toda la población iniciada en 1961, la creación del Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado en 1984 para brindar cobertura a personas en condición de pobreza, así como la desconcentración de hospitales y clínicas en 1998 mediante la Ley N° 7852 (CCSS, s.f.), lo cual permitió la eventual creación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) (Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez, 2011, p.S160).

También es importante conocer que la población beneficiaria del seguro se categoriza en asegurados directos (personas asalariadas, pensionadas y trabajadoras independientes), voluntarios (sin ingreso económico estable, pero desea estar asegurado), migrantes (con residencia legal pero sin cotizar como asegurado directo), por cuenta del Estado (imposibilidad de cubrir las cotizaciones) y no asegurados (con capacidad contributiva pero elige no contribuir al seguro). Existe también una protección familiar que posibilita el aseguramiento a personas que no están obligadas a contribuir y mantienen una relación de parentesco o crianza con respecto a una persona asegurada (CCSS, 2021b).

De esta forma, la CCSS ofrece el seguro a trabajadores asalariados, independientes, pensionados del régimen contributivo o no contributivo, cotizantes voluntarios, por cuenta del Estado, amparados por protección familiar y población en condición de pobreza (CCSS, 2021b).

Ahora bien, la creación de las Áreas de Salud para conformar el primer nivel de atención se dio mediante la aprobación de un préstamo del Banco Mundial para financiar el proyecto de

reforma del sector salud, el cual buscaba “corregir y mejorar la capacidad operativa de las instituciones del sector salud e introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud y su financiamiento” (Unidad Preparatoria de Proyectos, 1993, p.6).

Para operativizar dicha prestación de servicios en el primer nivel de atención la red de la CCSS debe desarrollar una serie de programas de atención integral por grupos poblacionales, los cuales contienen servicios específicos. Dicho nivel está conformado por Áreas de Salud y EBAIS, así como los establecimientos de apoyo a dichos equipos.

La Memoria Institucional detalla que el primer nivel de atención de la CCSS cuenta con 105 Áreas de Salud y 1057 EBAIS (CCSS, 2019, p.20). En cada EBAIS se encuentra un médico general, auxiliar de enfermería, ATAP (asistente técnico de atención primaria en salud), asistente de redes y técnico y auxiliar de farmacia. Por su parte, las Áreas de Salud las integran (por lo general) profesionales en áreas como Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Nutrición, Administración, Farmacia, Microbiología, Psicología, Odontología y otros (Vargas, 2006, p.96).

Cabe destacar que mediante una reforma al Manual Descriptivo de Puestos de la institución se incorporó el perfil de un Promotor(a) de salud en dicho equipo en el año 2016. Sin embargo, en el Área de Salud seleccionado no existe un profesional en promoción de la salud, por lo que es un contexto relevante para esta propuesta. Esto se debe a que dicho profesional es el único que ha estado en contacto con la promoción de la salud como un objeto de estudio y no una actividad adicional a su quehacer. Ello implica un grado importante de especialización que permite la operativización de procesos específicos y contextualizados a la realidad del Área de Salud.

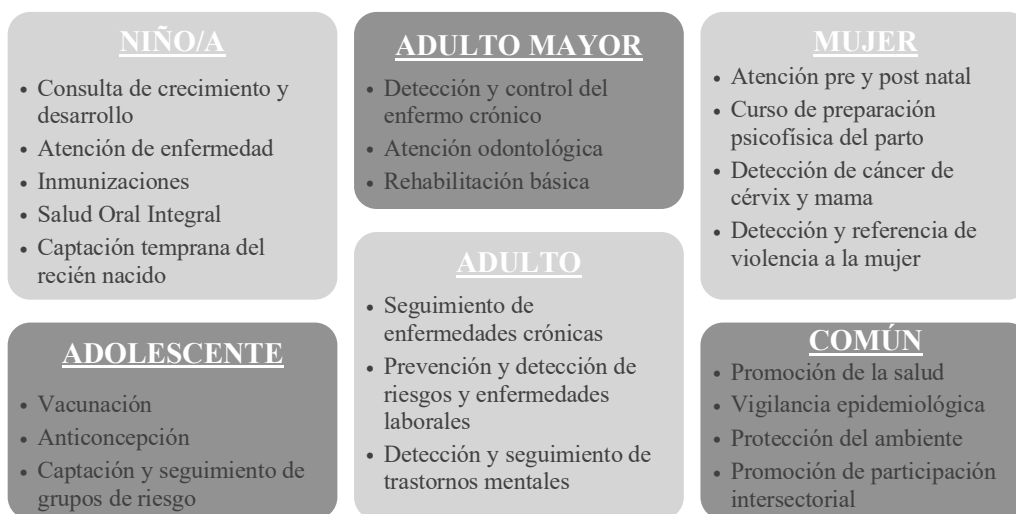
Como se mencionó, para esta propuesta se decidió enfocarse en el primer nivel de atención, específicamente en el Área de Salud Goicoechea 2. Esta se encarga de brindar servicios en primer nivel a la totalidad de los distritos de Guadalupe y San Francisco, mientras que cubre una gran parte de Calle Blancos y una pequeña parte de Purrall y Mata de Plátano. Así también, dicha área presta servicios de salud en segundo nivel a los cantones de Goicoechea y Moravia. Todo esto suma una población de 147,000 personas en el segundo nivel y 52,000 personas en un primer nivel (Área de Salud de Goicoechea 2, 2017, p.8).

Por otra parte, el financiamiento del Área de Salud se enmarca en indicadores que conforman la evaluación del desempeño de la prestación de los servicios de salud (CCSS, 2017,

p.236), la cual previamente poseía la figura de compromisos de gestión. Cabe señalar que esta evaluación se desarrolla mediante una serie de instrumentos como expedientes de salud, sistemas de información institucionales, indicadores de atención oportuna de usuarios, cobertura de atención y otros (CCSS, 2017, p.20).

Ahora bien, los servicios que el Área de Salud desarrollan nacen de los programas de atención integral por población que la CCSS diseñó, con el fin de atender las principales necesidades en salud en el contexto comunitario. Cabe destacar que la referencia es desactualizada pues los programas no se han reformado desde entonces. Algunos de estos servicios se pueden observar en la figura 6.

Figura 6. Servicios desarrollados por las Áreas de Salud de la CCSS distribuidos por grupo poblacional, 2006.



Fuente: elaboración propia con base en información de Vargas, 2006,

Ligado a estos servicios también es importante comprender la cobertura en dichos programas en el contexto específico del Área de Salud Goicoechea 2. Sin embargo, las mediciones no se realizan por cada servicio de forma específica, sino generalmente por grupo poblacional. Sobre esto la tabla 2 detalla la información más relevante sobre la cobertura del Área de Salud en estudio.

Tabla 2. Porcentaje de cobertura de población por programa, Área de Salud de Goicoechea 2, 2016.

Programa	Porcentaje de cobertura
Control prenatal	94,2
Adulto mayor	82,3
Menores de 28 días	81,4
Control postparto	68,6
Adolescentes	30,6

Fuente: elaboración propia con base en información de Área de Salud de Goicoechea 2, 2017.

Sobre la información presentada, es importante señalar que la cobertura de control posparto se encuentra por debajo del promedio nacional y regional en Central Sur (CCSS, 2017, p.48), mientras que la cobertura de los programas en adolescentes alcanza apenas un 30,6%, lo que representa un reto importante para el Área de Salud en cuestión. Así también, la cobertura a personas adultas mayores se debe tener en cuenta pues como se señaló antes, Goicoechea cuenta con una población en esta etapa que supera el promedio nacional. Ello implica analizar al Área de Salud como parte de la producción de la salud y como un determinante social de dicho proceso.

3.3 Concepto, acciones y estructura de promoción de la salud

Referente a los procesos de promoción de la salud, objeto de principal interés para esta propuesta, en el proyecto de reforma del sector salud se propuso un concepto de promoción de la salud que se debía incorporar en el sistema. Este fue establecido por parte de la Unidad Preparadora de Proyectos (1993, p.12) quien fue la encargada de llevar a cabo dicho proceso, en el cual se plantea que:

Entendemos por Promoción de la Salud al desarrollo oportuno de las potencialidades de la población y de las instituciones públicas y privadas para lograr salud y ejercer control sobre los factores que la determinan. En este proceso, la educación para la salud, la comunicación y la participación social se constituyen en aspectos fundamentales de la Promoción de la Salud, y constituyen el núcleo para generar cambios en las diferentes áreas y niveles para la definición y ejecución de políticas de salud.

En la CCSS, la promoción de la salud se ha venido trabajando como un componente clave en la visión estratégica de la institución. El Plan Estratégico 2015-2018 destaca la importancia de “pensar en espacios multifuncionales de atención para la promoción de la salud” (CCSS, 2015, p.24). En ese sentido, la visión de salud de la institución es una que intenta trascender “el enfoque biologista de atención a la enfermedad” y considera que “debe revertirse hacia la prevención y promoción de la salud” (2015, p.24). Así también, se identifica que, para afrontar los retos del futuro a nivel institucional es de gran trascendencia “fortalecer las acciones de promoción de la salud (...) las cuales deben verse como parte integral de la prestación de los servicios de salud” (CCSS, 2015, p.16). De esta forma, promoción de la salud se concibe como un “eje fundamental del proceso de atención integral que brinda la institución” (CCSS, 2015, p. 36).

Más adelante en el tiempo, la planificación estratégica de la CCSS hacia el 2022 incluye todo un componente de promoción de la salud como un pilar fundamental en la prestación de servicios. De esta forma, la promoción de la salud se estructura como uno de los cuatro ejes estratégicos de toda la institución, al cual se le otorgan cinco líneas de acción específicas relacionadas con (CCSS, 2019, p.36):

- Abordaje integral y articulado de las principales causas (...) asociadas a la carga de enfermedad.
- Implementación de espacios de participación social (...)
- Impulso de una mayor participación interinstitucional e intersectorial en las acciones desarrolladas por la institución en promoción de la salud (...)
- Implementación de acciones de educación en salud con participación social (...)
- Priorización de las labores de promoción de la salud (...) con enfoque en curso de vida.

Entonces, al entender la promoción de la salud a partir del desarrollo de participación social, de un abordaje integral, trabajo interinstitucional y otros, es notable un esfuerzo por profundizar a la promoción de la salud cada vez más en la gestión estratégica institucional. Hay un cambio importante en los últimos dos planes estratégicos, pues si bien en el plan 2015-2018 la promoción de la salud entra como un modelo que la institución aspira a incorporar, en el plan 2019-2022 ésta se incorpora como todo un pilar de la prestación como tal. Ello denota que la institución camina hacia la incorporación de la promoción de la salud como un elemento esencial

de su quehacer, y no solo como una actividad adicional a sus funciones tradicionales de atención de enfermedad.

Esta visión estratégica cobra vida en una estructura a partir de un Comité Técnico en el nivel central de la institución, el cual se encarga de emitir lineamientos generales, ejes temáticos y poblaciones con las cuales cada Área de Salud debe desarrollar sus acciones. En dichas Áreas debe existir una Comisión Local de Promoción de la Salud, la cual es conformada por diversos profesionales en las disciplinas de odontología, enfermería, trabajo social, psicología, medicina, nutrición y otros (P1, comunicación personal, 28 de mayo 2021).

En un nivel administrativo más abajo que el Comité Técnico, la Dirección Regional respectiva se encarga de diseñar los indicadores y proyectos que deben desarrollarse a nivel de Área, por lo que predomina un enfoque de implementación de arriba hacia abajo (Roth, 2007, p.109) en el que el primer nivel ejecuta los lineamientos enviados. Estos responden precisamente a competencias de promoción de la salud por cada eje temático, por ejemplo, actividades en el tema de alimentación que “competen” a promoción de la salud y no a nutrición. Estos lineamientos se estructuran en forma de metodologías de proyecto que las Áreas de Salud deben completar y poner en acción (P4, comunicación personal, 13 de junio 2021).

Dichos esfuerzos relacionados con promoción de la salud nacen de una estrategia metodológica que la institución creó. Está planteada con el fin de permitir “a los equipos de salud orientar las intervenciones en promoción de estilos de vida saludables”, también comprende “tres ejes temáticos que deben irse desarrollando con grupos nuevos cada año” (CCSS, 2017, p.71). En documentos de evaluación interna publicados por la institución no se menciona mucho detalle en cuanto a la efectividad o eficacia de los procesos, indicadores específicos, calidad, satisfacción u otros, en relación con la promoción de la salud. Sí se menciona que el enfoque está fijado en la cantidad de personas que participan en el programa:

La acción educativa grupal desarrollada por las áreas de salud se evalúa con base en una meta fijada por unidad, la cual varía, según el tamaño de la población asignada, entre 25 y 221 personas de 20 a menos de 64 años, que han participado en al menos ocho sesiones del proceso educativo (CCSS, 2017, p.72).

Ahora bien, esto no significa que todas las Áreas de Salud desarrollan acciones homogéneas desde promoción de la salud. De hecho, la estructura mencionada antes pretende brindar un marco común de trabajo mas no limita acciones adicionales que algunas Áreas quieran desarrollar desde promoción de la salud, tanto para las Comisiones Locales como para los profesionales en promoción de la salud (P1, comunicación personal, 28 de mayo 2021).

En el caso específico del Área de Salud Goicoechea 2, previo a la pandemia de COVID-19, el ASIS 2017 reporta más de 30 actividades como parte de los servicios de promoción de la salud, las cuales pueden ser observadas en el Anexo 1 de esta propuesta. Cabe destacar que, si bien estas actividades son catalogadas como promoción de la salud, la mayoría apunta a mejorar los estilos de vida o el bienestar físico sin partir de un modelo de los determinantes de la salud, como se presentó en el marco conceptual anteriormente.

En esta línea, a nivel institucional la evaluación de la prestación de los servicios de salud (en su informe publicado en el 2017) reveló que promoción de salud en su globalidad se dirige predominantemente a prevención de enfermedades por medio de estilos de vida saludables. De hecho, de toda la evaluación presentada en el documento “promoción de salud” solo se asocia en el espacio de estilos de vida.

Cabe destacar también que estos procesos son relativamente nuevos a nivel institucional pues “se han venido implementando desde el año 2014 en el primer nivel de atención en salud de la institución” (CCSS, 2017, p.71). A pesar de ello, la implementación ha sido catalogada como positiva pues al año 2016 “97% de las áreas de salud desarrollaron procesos educativos” (2017, p.71). Esto, sin embargo, es importante señalarlo pues los procesos educativos no deben ser equiparados con la promoción de la salud; este último incluye a la educación para la salud y muchas otras metodologías.

En ese sentido, es relevante recalcar el hecho de que la CCSS debe prestar los servicios de promoción de la salud entendidos dentro del gran ámbito de la atención integral que da vida al seguro de salud de la institución. Como se destacó en el marco conceptual, la promoción de la salud para esta propuesta se considera aquella que parte de un análisis de la salud como producto de una estructura que rodea a las poblaciones, y aborda por ende los determinantes sociales. Estas acciones que trascienden los estilos de vida son precisamente coherentes con los mandatos de la

organización, tal y como se da a entender en los dos últimos planes estratégicos que se detallaron antes. Así, el planteamiento que a continuación se presenta es relevante y contextualizado con la realidad institucional, pues ella misma se plantea la necesidad de incorporar a la promoción de la salud como parte de la atención integral en salud a la cual la institución debe abocarse.

De esta forma, luego de tener una base importante del funcionamiento de la CCSS, su primer nivel de atención y la organización funcional con respecto a promoción de la salud, aunado al marco conceptual de referencia, es posible puntualizar el planteamiento del problema que este TFG pretende abordar. Sobre esto, la propuesta tiene un valor importante ubicado en dos grandes áreas: la correcta conceptualización de la promoción de la salud y su organización como un servicio público en el primer nivel de atención de la institución. Ello permite retomar una serie de elementos particulares a la carrera de promoción de la salud, por lo que se observa el aporte que un profesional en esta área puede dar a la Caja Costarricense de Seguro Social.

4. Planteamiento del problema

Para tener una contextualización más profunda con respecto a cómo promoción de la salud debe desarrollarse a nivel de Área de Salud, se decidió tener un acercamiento con tres profesionales en promoción de salud que laboran precisamente en Áreas de Salud del país, así como la comisión local en promoción de la salud específicamente en Goicoechea 2. Estas conversaciones, cuyo detalle puede observarse en el Anexo 2 de este trabajo, permitieron entender el contexto del problema. Es importante insistir en que, a nivel de Área de Salud, la promoción de la salud se desarrolla desde dos instancias: la Comisión Local (conformada por los profesionales mencionados en el apartado de la contextualización), y en segundo lugar desde el promotor de la salud contratado específicamente para tal fin, en caso de que el Área cuente con este profesional (Anexo 3 demuestra una representación gráfica).

Como se viene explicando, la CCSS ha avanzado en la incorporación de la promoción de la salud en la gestión organizacional en sí, no como una actividad aislada sino como parte integral e integrada en la prestación global de servicios de salud que brinda toda la institución. Esto existe a nivel estratégico macro en lo más alto de la jerarquía organizacional, lo cual es llevado hasta las Áreas de Salud por medio de proyectos específicos diseñados por la Dirección Regional que cada Comisión en Promoción de la Salud debe cumplir; este proyecto ya trae indicadores, matrices y actividades divididas por cada profesión (P4, comunicación personal, 13 de junio 2021).

En ese sentido, un hallazgo importante es que la base para desarrollar procesos de promoción de la salud a nivel local es inexistente para los profesionales en promoción de la salud, mientras que para las comisiones su base de acción recae únicamente en dicho proyecto que es enviado por la Dirección Regional correspondiente (P1, comunicación personal, 28 de mayo 2021).

Este punto es sumamente relevante porque las acciones de promoción de la salud que desarrolla la Comisión Local se desprenden de un proyecto, no de lineamientos o guías de otro tipo. Las acciones tampoco nacen en la planificación del Área de Salud ni en la estructura estratégica u organizacional de la misma (P4, comunicación personal, 13 de junio 2021). Esto quiere decir que las acciones de promoción de la salud quedan sin poder vincularse con la estructura organizacional del Área de Salud ni entre ellas mismas.

Por otra parte, los acercamientos han permitido conocer que existe una perspectiva teórica específica de salud y promoción de la salud, por parte de entes de jerarquía superior a las Áreas de Salud, que limita el servicio que se presta en el primer nivel. Dicha visión expresada por el Comité en el nivel central sostiene que la promoción de la salud sólo debe desarrollarse con población sana (P1, comunicación personal, 28 de mayo 2021), la cual es replicada por la Dirección Regional (P4, comunicación personal, 13 de junio 2021). Esta visión se traslada al diseño concreto del proyecto que cada Comisión Local debe desarrollar, en donde existen acciones e indicadores separados para medicina, enfermería, trabajo social, nutrición y otros.

Este punto es relevante pues se debe acotar que, al pensar que promoción de la salud se desarrolla sólo para personas sanas, los procesos de este servicio se están dando con una orientación hacia el usuario (sano o enfermo) y no a sus necesidades más allá de dicha dicotomía. La implicación de esto es que se fragmentan los servicios pues precisamente cada especialidad de la Comisión Local termina con actividades e indicadores separados, y por lo tanto cada persona ejecuta la promoción de la salud desde su perspectiva personal, y no desde una visión articulada y compleja de la salud que lleve a una serie de resultados que toda el Área de Salud debe alcanzar. Así, se distorsiona el enfoque sistémico en los servicios de promoción de la salud y la visión de los determinantes sociales termina siendo inexistente.

Ahora bien, otro de los hallazgos más importantes apunta a que si bien el profesional en promoción de la salud tiene los conocimientos y las competencias de la disciplina, no existe una base sobre cuáles deberían ser las metas, objetivos o líneas de trabajo para promoción de la salud (P3, comunicación personal, 07 de junio 2021). Entonces, el profesional está en el Área de Salud mas no existe una herramienta que vincule sus procesos con los procesos de la Comisión Local ni con los demás procesos de prestación de servicios pertinentes a los programas de atención integral.

Por otra parte, el Área de Salud se caracteriza por tener una estructura organizacional funcional donde existe una “división del trabajo y de responsabilidades según especialización (...) orientación de la tarea, centralización de decisiones, sistema de jerarquías, control al uso de recursos y aplicación de normas” (Marchán y Oviedo, 2011, p.17). Sin embargo, no siempre esta división es adecuada pues autores han señalado que uno de sus puntos más débiles de esta estructura es el hecho de que cada departamento no conoce con exactitud qué es lo que otra área

realiza, ni que tampoco se tenga muy en claro la razón de cada una de las actividades que desempeñan, o cómo es que dichas actividades y tareas agregan valor (Salimbeni, 2019, p.73).

Esto es relevante pues la Comisión Local es nueva unidad organizacional que se crea sólo para ejecutar proyectos, y por ende las acciones no se asocian con los otros programas de atención integral. Ello provoca que la promoción de la salud no sea reflejada en la estructura organizacional del Área de Salud, y por ende sea desvinculada de su quehacer como prestadora de servicios.

Entonces, las ideas expresadas antes permiten concretar que existe una distorsión en la promoción de la salud que se aborda desde la CCSS en dos vías: la perspectiva teórica y la organización del servicio en el primer nivel de atención desde un punto de vista técnico. Esto se debe a que la forma de organizar la promoción de la salud no posee una visión compleja y sistémica de la salud compartida tanto entre los distintos niveles de la institución, como entre la Comisión Local y el profesional especializado en el Área de Salud.

Tampoco existe una organización que favorezca el alcance de resultados globales en promoción de la salud que el Área de Salud deba alcanzar, independientemente de quién esté involucrado en la ejecución de los procesos del servicio. Es decir, desde el punto de vista de la cadena de resultados no hay una sola línea que se sigue, sino que cada profesional desarrolla la promoción de la salud de forma independiente y no sobre procesos comunes. Ello evita que la promoción de la salud se formalice como un servicio dentro de la estructura organizacional del Área de Salud, y dentro de la atención integral en salud. Para exponer esta idea de manera gráfica se pueden observar las figuras en el Anexo 3, donde se detalla el escenario actual y deseado de la estructura de promoción de la salud.

Aquí se evidencia un área importante a ser investigada desde promoción de la salud, la cual corresponde a la identificación, diseño y mejora de procesos que lleven a un plano operativo la reorientación de los servicios desde un enfoque sistémico, y contribuya a la concreción del marco estratégico de la institución al clarificar la posición de la promoción de la salud en la estructura organizacional del primer nivel de atención. Esto se plantea desde una visión que oriente una herramienta cuyo objetivo sea la articulación de los procesos, siendo este último el problema central de la propuesta

De esta forma, se exponen los tres puntos concretos que sustentan el planteamiento del problema en este estudio:

1) Existe una limitada perspectiva teórica y conceptual, por parte de profesionales en el primer nivel de atención, dirección regional y nivel central, con respecto al quehacer de la promoción de la salud.

2) La limitada perspectiva teórica (de sólo trabajar con personas “sanas”) lleva a una organización fragmentada y segmentada, desarticulada y no sistémica de la promoción de la salud como un servicio en el primer nivel de atención.

3) Esta organización evita que la promoción de la salud se formalice en la estructura organizacional del primer nivel de atención y, por ende, no se concrete la planificación estratégica de la CCSS para integrar dicho servicio en la atención integral en salud de la institución.

5. Justificación

En primer lugar, es necesario expresar que el problema de desarticulación de la visión y de las acciones en promoción de la salud no tiene una sola causa, por lo que este TFG no puede abordar todos los elementos que llevan a la existencia de ese problema. Para mayor detalle sobre el problema se puede consultar el Anexo 3, donde se utiliza la técnica de árbol de problemas para explicar sus causas y consecuencias. Sobre esto, dichas causas de naturaleza más estructural se refieren, por ejemplo, a la perspectiva teórica de lo que es promoción de la salud en niveles superiores a las Áreas de Salud, así como la falta de herramientas como descripción de procedimientos, objetivos, mapas u otro tipo de estrategias que guíen el quehacer en promoción de la salud desde el primer nivel de atención de la institución.

Entonces, la respuesta de este problema de desarticulación se enfocó hacia el desarrollo de una propuesta en el Área de Salud que permitiera articular los procesos de promoción de la salud, lo cual se espera que permita vincular dichos procesos con la prestación de los otros servicios que ofrece el Área. Ello se debe a que, al tener mayor claridad en los componentes del servicio de promoción de la salud por medio de sus procesos, se espera eventualmente se formalice dicho servicio y se integre de forma más profunda en la estructura organizacional del primer nivel de atención.

De esta forma, a continuación, se analizan dos áreas que permiten entender la relevancia de la propuesta para el desarrollo de la promoción de la salud como área de estudio, así como para el fortalecimiento del primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, y finalmente la salud pública del país.

5.1 Re-pensamiento de los servicios públicos de salud

En primer lugar, se dice que la visión de procesos “ofrece una visión horizontal de la organización y da respuesta a un ciclo completo (...) hasta cuando el servicio es recibido” (Bravo, 2008, p.25). Es decir, esta visión de procesos “ayuda a entender la globalidad de la tarea” (p.25). Así también, se ha documentado que “la Administración Pública debe ver al ciudadano como un consumidor de servicios, cada vez más exigente, que considera que el servicio público debe (...) responder al tipo de servicio que solicita” (Duro, 2018, p.65).

Esta idea es relevante pues tiene una implicación importante en la forma en que se diseñan los procesos; orientar los procesos hacia las necesidades del ciudadano debe ser central en la prestación de servicios públicos, especialmente los de salud. La definición de los procesos en cualquier servicio, sea uno en que el ciudadano debe asistir a una institución o es dado en su contexto más inmediato, permite adaptarlo a sus necesidades. Es aquí donde los procesos adquieren sentido fuera de un contexto industrial.

Por otra parte, como se mencionó en la cita anterior la administración pública enfrenta problemas “en su ambiente social y natural” que “siguen cambiando”, de hecho, “en ocasiones su complejidad y naturaleza multifacética usualmente provoca que una sola organización no tenga el conocimiento, capital político o comprensión cultural suficiente para atacarlos por sí sola” (Alford y Greve, 2017, p.3). Como lo mencionan Lönn y Uppström (2013) en términos simples, “el sector público está teniendo problemas para ser más efectivo” (p.212). En efecto, el entender el contexto actual lleva a un re-pensamiento de los servicios públicos, su utilidad, su objetivo, y ciertamente su valor público.

Precisamente el valor público es un elemento central de la propuesta de gestión para resultados que el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN) promueve para toda la administración pública costarricense. Como una de las formas de operativizar el pilar de dicho marco que corresponde al fortalecimiento de la planificación institucional, MIDEPLAN reconoce que la identificación de procesos debe estar presente en ministerios y entidades públicas, pues ello permite determinar con detalle los resultados esperados de los servicios que se prestan, y así fortalecer las capacidades instaladas y hacer frente a las necesidades de la población (MIDEPLAN, 2016, p.41).

Este análisis se puede ligar a promoción de la salud en la forma en que las necesidades del contexto sociopolítico actual demandan abordarse, como lo son aquellas relacionadas con el ámbito de aplicación de la CCSS en participación social, derechos de protección laboral, atención integral en salud y otras prestaciones (CCSS, 2021). Desde este punto de vista, la promoción de la salud es precisamente un camino que colabora en que las organizaciones públicas puedan dar un abordaje a la salud desde su complejidad. Sin embargo, la promoción de la salud en gran medida se ubica como parte de un engranaje de servicios de salud, los cuales a su vez tienen diversos retos.

En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca la fragmentación como uno de los principales problemas en los sistemas de salud latinoamericanos, estableciendo que ésta “se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles (...) duplicación de los servicios (...) pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios” (OPS, 2010, p.6). Igualmente, diversos autores señalan como consecuencia de la fragmentación “entrega de servicios de baja calidad (...) incremento de los costos de producción y baja satisfacción de los usuarios” (Báscolo y Blejer, 2016, p.7).

Esto no es ajeno al problema central de esta propuesta, la desarticulación de acciones a nivel local es parte de una fragmentación de servicios en promoción de la salud que, como se ha mencionado antes, tiene diversas causas en los diferentes niveles institucionales. De hecho, esto también es importante debido a hay un reto latente en que los servicios de salud logren responder a las necesidades del contexto actual:

Los modelos de gestión sanitaria tradicional han quedado arcaicos en tiempo puesto que no se puede gestionar adecuadamente siguiendo las estructuras piramidales como hasta ahora. Para avanzar como organización, los centros sanitarios deben modificar sus modelos de gestión, basando su trabajo en la integración de los procesos de salud con el fin de proporcionar continuidad de cuidados a los usuarios (Rojas, 2014, párraf. 29).

Otro elemento que se puede añadir a los retos en los servicios de salud es el perfil demográfico y de morbilidad de la población que requiere de dichos estos. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) destaca que la población costarricense está en un rápido envejecimiento, a tal punto que para el año 2050 se espera que los adultos mayores sean el 21% de la población total. Esto ciertamente tendrá un impacto en los servicios de salud, pues el envejecimiento se asocia a una prevalencia incrementada de morbilidades (OCDE, 2017, p.14). Sin embargo, estas enfermedades crónicas no transmisibles no son exclusivas de la población adulta mayor, otras patologías como cáncer, cardiovasculares, diabetes e hipertensión son las causantes de la mayor parte de la morbi-mortalidad en el país (OCDE, 2017, p.14).

Entonces, estas necesidades exigen un abordaje distinto al que se tiene actualmente. El diseño de la oferta, la estructura organizacional y las metodologías y paradigmas de abordaje deben adecuarse para enfrentar las necesidades de este contexto. Ello tiene una relación intrínseca con la

visión de valor pública expuesta arriba, y que además será explorada a profundidad en el marco conceptual de la propuesta. Desde este punto de vista, cabe preguntarse cómo la promoción de la salud produce el cambio necesario para abordar el contexto a partir de su complejidad, y por lo tanto cómo una estructura de procesos permite responder precisamente a esto desde un primer nivel de atención.

Uno de estos caminos corresponde a la reorientación de servicios de salud. Esta línea fue señalada desde la conferencia de Ottawa en 1986 por la Organización Mundial de la Salud y tiene que ver precisamente con fortalecer los servicios y orientarlos hacia un abordaje de la salud de forma compleja. El planteamiento es que “el sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos”, así como favorecer “una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.4).

Ahora, desde el punto de vista de reorientación lo que cambia específicamente dentro de los servicios es clave pues ahí se ubica el núcleo de la justificación de este trabajo final de graduación. La identificación de procesos compete a promoción de la salud pues es una metodología que permite operativizar la reorientación de servicios de salud como una de las principales líneas estratégicas en su quehacer. De hecho, los cambios que es necesario llevar a cabo para una efectiva reorientación de servicios desde promoción de la salud se pueden dar tanto en los resultados esperados como la forma en que se llegan a estos, desde las tareas más puntuales hasta la estructura orgánica y estratégica.

Sobre esto, Caicedo (2017) apunta que las organizaciones y los servicios de salud deben reorientarse hacia una atención en salud que obtenga los mejores resultados posibles (p.176), desde un punto de vista de los procesos que generen valor agregado a los usuarios. Desde ahí es posible comprender el aporte de la promoción de la salud a los servicios de salud, como una nueva forma de organizar la respuesta del sistema y abordar las demandas actuales.

5.2 Pertinencia de la articulación de la promoción de la salud en el contexto

Como se mencionó, las Áreas de Salud de la CCSS están enfocadas desde un modelo funcional (con base en las características detalladas por Marchán y Oviedo, 2011, p.17). Por el contrario, y opuesto al modelo funcional, la definición de procesos para las acciones de promoción de la salud en dicho contexto implica poder acercarse a una estructura del quehacer desde promoción de la salud como un componente integrado en el desarrollo organizacional, diferente de otras disciplinas, pero vinculado a la misión, visión y mandatos de la institución.

Así también, se podría visualizar un modo de trabajo por equipos interdisciplinarios en los cuales hay objetivos y tareas comunes, vinculadas y organizadas, que permita flexibilidad en la gestión y la toma de decisiones, así como una mejora en la productividad y eficacia. Esta idea es precisamente el objetivo de la visión sistémica que la propuesta tiene como núcleo central y transversal. La respuesta del primer nivel de atención en promoción de la salud debe ser articulada desde un enfoque sistémico pues, al ser la salud un producto social que nace de una serie de determinantes que interactúan en el contexto poblacional, la atención integral en salud de la CCSS debe integrar una visión igual de compleja que el fenómeno que aborda.

En otro orden de ideas, esta propuesta sirve (en su globalidad) para identificar el rol de la promoción de la salud a nivel de Área de Salud de la CCSS, sin embargo, también podría dar luz sobre cómo articular las acciones y procesos de promoción de la salud en el primer nivel de atención en general. Esto permitiría, a la larga, contribuir con acciones de mejora que eventualmente tendrían un impacto en la salud de la población, pues ciertamente los servicios son parte de los determinantes de la salud e influyen en la equidad social.

Por otra parte, la propuesta es pertinente pues aporta insumos científicos para que el contexto seleccionado pueda visualizar espacios en los que se puede reforzar la prestación de los servicios, y encontrar maneras específicas en las que la promoción de la salud puede incorporarse como parte integrada en su gestión. Así también, la propuesta aporta valor teórico y conocimiento pues el producto diseñado articula los procesos de promoción de la salud, de esta forma se aporta nuevo conocimiento práctico en torno a cómo promoción de la salud puede verse desde los servicios de salud, especialmente sobre cómo es su estructura desde el primer nivel de la CCSS.

Aquí también es importante señalar, desde un punto de vista ético y bioético, que el estudio desde su planteamiento no representó un daño a la población pues se basa en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Ferro, Molina y Rodríguez, 2009, párraf. 4). En este sentido, el estudio evaluó o juzgó la labor de la institución en el área de promoción de la salud, sino más bien recabó lo que ya se hace y se estructuró de tal forma que permitiera mejorar las acciones en la prestación de los servicios de promoción de la salud. Desde un punto de vista ético, el estudio no representó algún daño para la población pues la recolección de información se hizo de forma tal que evitara conflictos, incomodidades u otros. Así también, los resultados fueron socializados al contexto seleccionado de forma directa y presencial, como retribución a los recursos dados para la buena marcha de esta propuesta.

Tomando en cuenta lo anterior, cabe reflexionar que el país y la Universidad de Costa Rica tomaron la decisión de profesionalizar la promoción de la salud. La CCSS como institución decide profundizar esto y agregar todo un perfil que diferencie el quehacer con otras disciplinas como enfermería, trabajo social, nutrición y demás. El siguiente gran paso para continuar con este camino es generar más evidencia científica que permita consolidar una serie de técnicas, metodologías y procesos únicos de esta área de conocimiento, específicamente para el contexto nacional. En ese sentido, el presente estudio buscó aportar en dicha línea y coadyuvar en la clarificación del rol del profesional en promoción de la salud y su aporte en la construcción de salud de las poblaciones.

Para finalizar este apartado, resulta conveniente citar a la misma institución para reflejar el valor de la propuesta. La CCSS señala que:

Se requiere de recursos y de una infraestructura necesaria para el desarrollo de procesos de Promoción de la Salud, que permitan la capacitación y la operacionalización de acciones en esta materia; intentando de esta manera, trascender de la atención de la enfermedad hacia la Promoción de la Salud (2008, p.40).

De esta forma, la pregunta que se genera con base en el análisis realizado es:

¿Cómo articular la respuesta del primer nivel de atención en promoción de la salud, desde el Área de Salud de Goicoechea 2 de la Caja Costarricense de Seguro Social?

6. Objetivos

Objetivo general:

Elaborar una propuesta de articulación de la respuesta en promoción de la salud del primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde el Área de Salud de Goicoechea 2.

Objetivos específicos:

1. Describir la estructura organizacional del Área de Salud de Goicoechea 2 como primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.
2. Caracterizar las acciones de promoción de la salud en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde de un enfoque de gestión para resultados.
3. Determinar los procesos de promoción de la salud para el Área de Salud en estudio, a partir de la caracterización realizada.
4. Establecer una guía de los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud en estudio.

7. Metodología

A. Paradigma, enfoque y diseño de investigación

Este estudio se enmarcó en el paradigma de la complejidad, el cual plantea la necesidad de tener una perspectiva que lidie con sistemas compuestos de muchos agentes que interactúan entre sí (Danaee, 2012, p.82). Así también, la reflexión de diversos autores gira en torno al estudio de sistemas complejos que se adaptan como el núcleo del paradigma de la complejidad (Danaee, 2012, p.83). Por otra parte, este mismo autor destaca a la ciencia de la complejidad como un paradigma válido para la investigación pues esclarece significados desde una perspectiva dinámica, así como profundiza el análisis de sistemas abiertos y que no necesariamente siguen un orden totalmente estructurado (Danaee, 2012, p.86). Este es precisamente el caso de los servicios de salud, en los cuales es necesario trascender diseños de investigación convencionales centrados en la predictibilidad, y llegar al estudio de cómo lidiar con la incertidumbre (Greenhalgh y Papoutsis, 2018, p.1).

El uso de este paradigma también ha crecido en la investigación social, pues los problemas que aquejan a la población actualmente no son aislados, sino que están interconectados; “se parte de una percepción de la realidad como una red de relaciones” (Salazar, 2004, p.23). Así también, algunas implicaciones que vale la pena mencionar sobre este paradigma en la investigación social son el pensamiento en términos de relaciones y la superación de reflexiones sociales con respuestas de certeza absoluta (Salazar, 2004, p.25). De esta forma, el paradigma de la complejidad se plantea como la gran sombrilla metodológica que guía el pensamiento sistémico a través del diseño del estudio, la recolección y el análisis de la información.

El paradigma de la complejidad también es parte de la carrera en la cual se enmarca este trabajo, pues se consideró la necesidad de desarrollar procesos de promoción de la salud desde una perspectiva que igualara un enfoque holístico e integral de la salud. De esta forma, se considera oportuno llevarlo al ámbito de la investigación para una propuesta que, finalmente, dio insumos sobre cómo ejecutar la promoción de la salud.

Así también, se ha seleccionado el enfoque sistémico como **teoría** que guía la metodología dentro del paradigma de la complejidad. Esta teoría fue explicada a profundidad en el marco conceptual del apartado anterior, sin embargo, se puede destacar que dicho enfoque, desde su aplicación a la investigación en sistemas de salud, no se le ha dado el uso potencial que posee (Kwamie, Ha y Ghaffar, 2021, p.1). Habiendo dicho esto, autores destacan diversos estudios para apoyar la conclusión de que ha existido un incremento en la “apreciación de la complejidad y la naturaleza dinámica de los sistemas de salud como un lenguaje común en publicaciones” cuyo objeto es la identificación de soluciones para mejorar la salud de la población (Adam y de Savigny, 2012, p.iv1). De esta forma, la teoría sistémica como eje transversal colabora en la integración de los procesos para, finalmente, articular el desarrollo de la promoción de la salud desde el primer nivel de atención de la CCSS.

Ahora bien, este proyecto de graduación tuvo una naturaleza no experimental, de tipo descriptiva transversal, y está enmarcado en un **enfoque cualitativo**, el cual es definido por Hernández, Fernández y Baptista (2010, p.364) como un método que implica la comprensión y profundización de un fenómeno, explorándolo desde la perspectiva de los participantes en relación con su contexto. Así también, los autores recomiendan utilizar dicho enfoque cuando el tema a ser estudiado ha sido poco explorado.

Esta idea es particularmente importante para este proyecto pues como se mencionó en el apartado del Estado del Arte, no se logró encontrar investigaciones, publicaciones u otros textos relacionados concretamente al estudio de los procesos de promoción de la salud, entendiendo dichos procesos en el marco de la gestión para resultados, así como desde las teorías explicadas en el apartado anterior como el pensamiento sistémico.

De esta forma, se brindó un análisis sistémico de la respuesta del primer nivel atención de la CCSS en cuanto al servicio de promoción de la salud, y el enfoque cualitativo coadyuvó a una integración de la información recaba para estudiar el fenómeno y generar nueva evidencia al respecto. Así también, este enfoque se destaca por la búsqueda de una perspectiva cercana a los participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.368). Esto permitió a la presente investigación un análisis profundo de cuál es el estado de la promoción de la salud como servicio público, en relación con la estructura organizacional del Área de Salud bajo la cual se presta este

servicio, todo bajo el lente de las personas encargadas de ejecutar las acciones y procesos de promoción de la salud. Cabe destacar que hay evidencia del aporte que pueden generar las investigaciones con un método cualitativo y su capacidad de agregar valor y profundidad al análisis de preguntas complejas sobre los sistemas de salud (Adam, 2014, p.3).

Ahora bien, debido a la naturaleza del objeto de estudio y a la modalidad seleccionada, se consideró pertinente operativizar el enfoque cualitativo a través de un **diseño de investigación-acción**. En este se busca abordar situaciones cotidianas e inmediatas, así como mejorar prácticas concretas. También, el propósito fundamental de dicho diseño es el aporte de información que guíe la toma de decisiones para procesos y reformas estructurales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.509).

En esa línea, se planteó el desarrollo a partir de la investigación-acción práctica. La oportunidad de este diseño reside en otorgar una visión de estudio de prácticas locales, indagar hechos en equipos de trabajo y centrarse en la introducción de mejoras. El liderazgo es ejercido por el investigador y uno o varios miembros del grupo parte de la investigación, siendo en este caso la persona tutora del Comité Asesor que colabora en la CCSS (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.511).

B. Modalidad de la propuesta

Para la presente propuesta se seleccionó la modalidad de Proyecto de Graduación. Esta es definida por la Universidad de Costa Rica, por medio del reglamento general de los trabajos finales de graduación aprobado por el Consejo Universitario en su artículo 7, como una actividad “científica y profesional de carácter teórico-práctico, dirigida al diagnóstico de un problema que se presente en el entorno de la realidad nacional, su análisis y la determinación de los medios apropiados para atenderlo” (Consejo Universitario, 2020, p.1).

Así también, la Guía para la presentación de Trabajos Finales de Graduación, elaborada por la Escuela de Salud Pública y para las propuestas pertinentes a la carrera que ocupa el presente documento, explica que un proyecto se compone de “propuestas que intentan dar respuesta a una necesidad humana” y además propone “las vías de acción para solventar los problemas identificados en la fase diagnóstica” (Gómez y Vargas, 2015, p.28).

Bajo este marco, la propuesta realizó un diagnóstico sobre la forma en que se está desarrollando la promoción de la salud como un servicio público enmarcado en la atención integral en salud propia de la CCSS, en relación con la estructura organizacional del Área de Salud bajo la cual se presta este servicio. Con los resultados de este diagnóstico, se planteó una propuesta de los procesos de promoción de la salud pertinentes para el primer nivel de atención. La propuesta culminó con una guía para la gestión de dichos procesos bajo un enfoque de resultados, en el espíritu de cumplir a cabalidad con las expectativas de la modalidad sobre el diagnóstico de un problema y la determinación de acciones para solventarlo.

C. Contexto del proyecto

Es importante destacar que, anteriormente, se realizó una amplia contextualización del cantón de Goicoechea, la Caja Costarricense de Seguro Social y su primer nivel de atención, el Área de Salud seleccionado en específico y sus características, así como la visión estratégica y la estructura que tiene la institución para el desarrollo de la promoción de la salud. En ese sentido, para esta sección se acota que la propuesta se desarrolla en el Área de Salud de Goicoechea 2, la cual pertenece a la Dirección Regional Central Sur y se ubica en la provincia de San José.

D. Metodología del diagnóstico

El diagnóstico en concreto se compone de dos grandes momentos metodológicos a través de dos objetivos específicos. En conjunto, se generó una caracterización profunda de la promoción de la salud como un servicio más en la atención integral en salud ofrecida por la CCSS en su primer nivel de atención, a la luz de la estructura organizacional encargada de operativizar este servicio en las Áreas de Salud de la institución, utilizando la sede de Goicoechea 2 como punto de entrada a dicha institución.

En ese sentido, fue irrefutable la necesidad de utilizar herramientas propias de la administración pública, dado el hecho de que la promoción de la salud como disciplina y área de conocimiento no cuenta aún con herramientas específicas para el análisis u operativización de la reorientación de los servicios de salud, a pesar de que ésta es una línea de su quehacer reconocida desde la conferencia de Ottawa en 1986 mencionada en el marco conceptual. Así también, la

naturaleza misma de la promoción de la salud es una disciplina transdisciplinaria, y precisamente en ese espíritu es que el uso de herramientas de la administración, ingeniería, epidemiología, sociología, educación, ciencias políticas y otras se consolida en un abordaje integrado, complejo y sistémico de la salud.

Teniendo esto en cuenta, el diagnóstico del abordaje de la promoción de la salud en el primer nivel de la CCSS se realizó desde una descripción de la estructura organizacional del Área de Salud seleccionada, con base en los componentes analizados por Proulx (2014) en su obra sobre diagnóstico y cambio organizacional. Cabe destacar que su análisis versa sobre un compendio de obras escritas por Henry Mintzberg a lo largo de las últimas décadas, en las cuales este autor plantea una metodología macro para la descripción de estructuras organizacionales.

Los componentes de esta metodología pueden ser observados a detalle en la tabla 3 presentada más adelante, sin embargo, se hizo una descripción de los diferentes servicios que se ofrecen en el Área de Salud, las funciones del personal, las formas en que se coordinan diversas acciones, los resultados que pueden esperar los usuarios, así como una caracterización de la comisión local de promoción de la salud, sus funciones, acciones, integrantes y otros.

Seguidamente, el segundo gran componente de análisis fue la caracterización de la promoción de la salud. Se ha mencionado antes por qué el modelo de gestión para resultados de MIDEPLAN es apropiado para estructurar cualquier servicio público del país, con énfasis a su aporte a esta propuesta. Aquí cabe destacar que, al ser el modelo al que toda la administración pública costarricense puede adherirse, su selección para este proyecto resulta casi obligatoria.

En ese sentido, la cadena de resultados como forma de operativizar dicho modelo se vio como una oportunidad para no solo brindar un carácter oportuno a la promoción de la salud como servicio público, sino que también permite identificar sus principales componentes desde una perspectiva sistémica que, posteriormente, facilitó la identificación de los procesos con valor público para el Área de Salud. Dicha cadena de resultados (MIDEPLAN, 2016, p.16) está compuesta por insumos, actividades, productos, efectos e impactos. En este caso, cada componente representa una subcategoría de análisis, la cual fue transformada en una pregunta concreta para la recolección de la información. De esta forma, se identificaron los componentes de la promoción de la salud desde un enfoque de gestión para resultados.

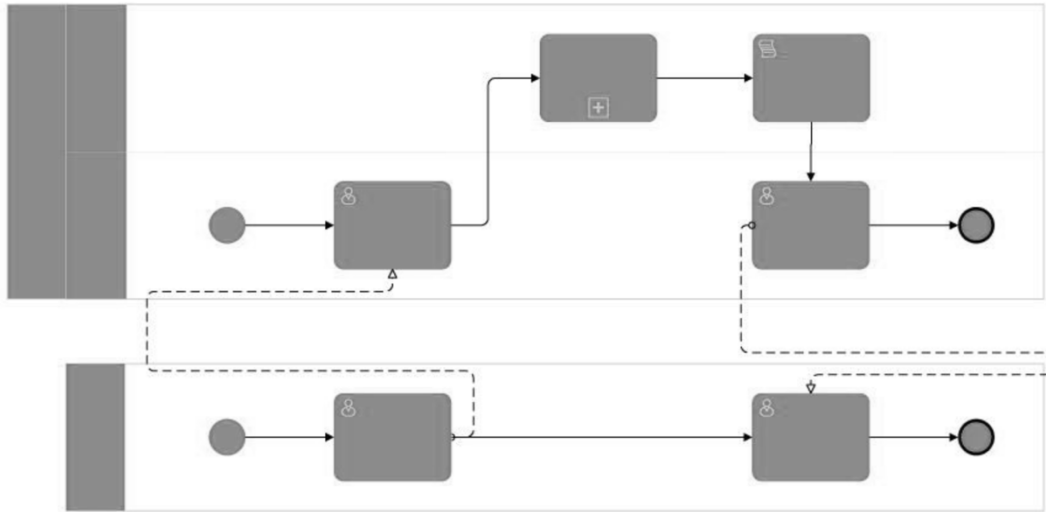
E. Formato y etapas de la propuesta

La propuesta se desarrolló en dos momentos metodológicos distintos debido a la complejidad de su desarrollo y el diseño de investigación seleccionado, los cuales corresponden a los objetivos específicos tres y cuatro. En concreto, se partió de la identificación de los procesos a partir de los resultados del diagnóstico, el modelaje de estos procesos para representar las interrelaciones entre ellos mismos, y finalizó con la construcción de una guía que facilite la gestión de dichos procesos. En su conjunto, estos elementos son el plan de acción que debe seguir el Área de Salud para abordar la articulación de la respuesta en promoción de la salud.

Para el primer momento se utilizó la Notación de Modelado de Procesos o BPMN por sus siglas en inglés (Business Process Model & Notation). Este es un método de diagrama de flujo estandarizado que “permite crear y compartir diagramas fáciles de entender” los cuales “pueden representar visualmente los pasos de un proceso” por completo (Centro de crecimiento de Microsoft, 2019, párraf. 1). El BPMN es un estándar reconocido internacionalmente que presenta una serie de lineamientos mínimos para el modelaje de procesos en las organizaciones, el cual fue creado por la organización de desarrollo de estándares Object Management Group (OMG). Dentro de este estándar existen tres tipos de niveles de modelado, en esta propuesta se utilizó el nivel de Descripción de Procesos que consiste en proporcionar información “extensa acerca del proceso, como las personas involucradas en llevarlo a cabo (roles), los datos, información, etc.” (White y Miers, 2009, p.24).

Algunos de los beneficios de este estándar son la capacidad de realizar una representación visual sencilla de los pasos, la capacidad de personalizar según las funciones de los encargados y la facilidad para la comunicación y colaboración hacia el alcance de un resultado (Centro de crecimiento de Microsoft, 2019, párraf. 11). Algunos de los elementos para definir el modelado de los procesos son actividades, eventos, enlaces, carriles y artefactos, similares a comentarios adicionales (OMG, 2014, p.64). En la figura 4 se muestra un ejemplo de cómo el estándar de BPMN se aplica al esquema general que tienen los procesos de promoción de la salud una vez formulados.

Figura 7. Ejemplo de la diagramación que tienen los procesos de promoción de la salud bajo el método de BPMN.



Fuente: Centro de crecimiento de Microsoft, 2019.

En la imagen se observan dos grandes *carriles* o cuadros que, de forma horizontal, albergan un grupo de cajas pequeñas unidas por flechas. Cada carril representa un proceso, con su respectivo inicio y fin demarcado por círculos a los extremos izquierdos y derechos. Hay dos flechas punteadas que unen ambos procesos, esto es clave pues aquí es donde se concreta una parte de esa articulación de la respuesta en promoción de la salud. Este método de BPMN permite integrar diferentes momentos en diferentes procesos para darle un sentido de mayor complejidad a los procesos que conducen a un resultado en concreto, y es por ello que se seleccionó como una herramienta que permitiera presentar la estructura de los procesos desde un enfoque sistémico. Esta propuesta de procesos de promoción de la salud fue validada por la Comisión Local de Promoción de la Salud en el Área de Salud, como sujetos participantes del estudio.

La última pieza para darle vida a la propuesta corresponde un soporte de información que permita “recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como para la gestión del proceso” (Beltrán et.al., 2009, p.44). Este soporte de información corresponde al cuarto objetivo específico sobre la guía de los procesos en promoción de la salud, la cual se diseñó con base en dos formatos. El primero tiene elementos que los autores citados proponen a la hora de gestionar procesos (conocido como ficha del proceso), el segundo corresponde a la metodología de planificación de proyectos PM4R Agile (Project

Management for Results). En la **tabla 6** se observan los componentes de la guía de articulación de los procesos, tomando como base lo dispuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo en la metodología ágil (Mondelo y Sánchez, 2020), y agregando otros elementos para ejecutar los procesos de promoción de la salud modelados en la etapa anterior. De esta forma, se presenta un proyecto para articular los procesos de promoción de la salud desde tres momentos: planificar, implementar y dar seguimiento.

El PM4R es una “metodología de gestión de proyectos de desarrollo e impacto social para América Latina y el Caribe”, la cual se basa en un principio de compromiso con los resultados. Se diferencia con otras metodologías de proyectos pues el trabajo se divide en pequeños ciclos de trabajo conocidos como Sprint. Cada Sprint posee un conjunto de paquetes de trabajo (conocidos como EDT) y estos, a su vez, un conjunto de tareas. Los Sprint se desarrollan en un tiempo fijo, y de esta forma se va generando valor agregado a los resultados “sin tener que esperar a su finalización” (Mondelo y Sánchez, 2020, p.18). Cada Sprint tiene una duración de dos semanas, y un Plan PM4R Agile contiene seis Sprint y una duración de tres meses. La metodología recomienda desarrollar cuantos planes sean necesarios hasta completar el proyecto. Las etapas concretas son:

- Análisis de los elementos existentes de la planificación del proyecto
- Selección de trabajos prioritarios
- Desarrollo del Plan PM4R
- Asignación de responsabilidades

La última etapa corresponde a la implementación del plan, sin embargo, con base en la normativa universitaria vigente se decidió no implementar el plan de acción sino presentar el diagnóstico y la propuesta concreta. Es importante señalar que esta guía permite complementar el modelado al ofrecer un soporte más operativo y con mayor detalle de cómo articular los procesos de promoción de la salud.

De esta forma, no es posible tomar sólo un método pues cada uno aporta elementos distintos. El diagrama de modelado ofrece la visión sistémica, mientras que la guía operativiza la gestión para resultados. Ambos, finalmente, iluminan el camino de la articulación de la respuesta en promoción de la salud del primer nivel de atención de la CCSS.

F. Beneficiarios

Se visualiza que los principales beneficiarios de este proyecto fueron los integrantes de la Comisión Local en Promoción de la Salud del Área de Salud de Goicoechea 2, quienes tendrán a cargo la ejecución de la propuesta de procesos planteada, pero cuya gestión se verá facilitada y mejorada por una herramienta de la cual ellos carecen en este momento. Así también, los usuarios de dicha Área de Salud se verán impactados por una eventual aplicación de los procesos, con la esperanza de que eventualmente los determinantes de su salud favorezcan una mayor equidad sanitaria y un mejoramiento en su calidad de vida. Otro gran grupo de beneficiarios que se visualiza son los profesionales en promoción de la salud que laboran en Áreas de Salud, quienes han destacado la necesidad de una base que permita integrar sus acciones de mejor manera a sus respectivas organizaciones. Finalmente, la totalidad de la CCSS podría verse beneficiada al utilizar la propuesta, especialmente su primer nivel de atención.

G. Evaluación del proyecto

El plan de acción que fue planteado desde PM4R contempla un componente de seguimiento y control por medio de dos elementos: la revisión y una retrospectiva de cada sprint. La retrospectiva de cada sprint “se enfoca en el proceso que el equipo utilizó para generar los entregables” (Mondelo y Sánchez, 2020, p.39). En ese sentido, la metodología fija tres elementos a identificar en esta etapa, una vez que el sprint se ha completado: mejores prácticas, mejoras en el proceso, y problemas y obstáculos. Así también, se diseñaron indicadores para monitorear cada proceso, y se propusieron actividades e instrumentos de seguimiento y evaluación.

En ese sentido, la guía de los procesos de promoción de la salud contempla lineamientos generales para dar seguimiento al trabajo, con base en los componentes explicados arriba. De esta forma, los ejecutores podrán evaluar el desempeño de los procesos con todas estas características. Es importante finalizar este subapartado señalando que la metodología se centró en el seguimiento por medio de la adaptación y la mejora continua (Mondelo y Sánchez, 2020, p.38), y no una evaluación concreta y única al finalizar todo el proyecto. Ello también es adecuado para la propuesta pues los procesos de promoción de la salud son continuos y cíclicos, y no actividades con un final definido en el tiempo.

H. Cuadros de categorías

A continuación, se muestran las tablas con los cuadros de categorías para la recolección de información, mientras que en el Anexo 5 se detalla la identificación de constructos.

Tabla 3. Categorías de análisis para objetivo 1

Objetivo: Describir la estructura organizacional del Área de Salud de Goicoechea 2 como primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.			
CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS		
	Categorías 1er orden	Categorías 2do orden	Categorías 3er orden
Actividades necesarias para la prestación de servicios	División de las actividades	A) Especialización horizontal B) Especialización vertical	-Especialidad -Proceso de trabajo -Producto -Momento -Usuario -Nivel jerárquico
	Coordinación de las actividades	A) Ajuste mutual B) Supervisión directa C) Estandarización	-Adaptación -Monitoreo -De trabajo -De resultados -De calificaciones
Organigrama			
Funciones de la organización	Cima estratégica	A)Funciones de la dirección médica	
	Línea jerárquica	A)Cantidad de gestores intermedios B)Funciones de los gestores intermedios	
	Centro operacional	A)Categorías de profesionales vinculados a prestación de servicios	
	Tecnoestructura	A)Monitoreo B)Planificación	
	Apoyo logístico	A)Servicios de apoyo B)Funciones de colaboradores	
Tipo de estructura	Simple Burocracia weberiana Burocracia mecanista Burocracia profesional Divisional Ad Hoc		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Categorías de análisis para objetivo 2

Objetivo: Caracterizar las acciones de promoción de la salud desde de un enfoque de gestión para resultados, en el Área de Salud en estudio.			
CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS		
	Categorías 1er orden	Categorías 2do orden	Categorías 3er orden
Marco teórico de abordaje de las acciones de promoción de la salud	Paradigma para enfocar el abordaje de las acciones	A) Teorías para posicionar el abordaje de la salud B) Teorías para posicionar el abordaje de promoción de la salud	-Perspectiva del concepto de salud -Perspectiva del concepto de promoción de la salud
Prestación de servicios directos dirigidos a la promoción de la salud	Cadena de resultados en promoción de la salud	A) Resultados esperados de la prestación de servicios de promoción de la salud B) Actividades dentro de los servicios de promoción de la salud C) Insumos necesarios para las actividades D) Productos de las actividades realizadas E) Usuarios que participan en los servicios de promoción de la salud	
Acciones dirigidas a la reorientación de programas de atención directa	Cadena de resultados en promoción de la salud	A) Resultados esperados de los servicios B) Actividades como parte de los esfuerzos de reorientación C) Insumos necesarios para las actividades D) Productos de las actividades realizadas E) Usuarios que participan en los programas de atención directa	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Categorías de análisis para objetivo 3

Objetivo: Determinar los procesos de promoción de la salud para el Área de Salud en estudio, a partir de la caracterización realizada.			
CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS		
	Categorías 1er orden	Categorías 2do orden	Categorías 3er orden
Identificación de procesos de promoción de la salud	Selección de procesos pertinentes a la promoción de la salud		
Visión sistémica de los procesos de promoción de la salud	Interrelaciones entre los procesos de promoción de la salud	A) Identificación de interrelaciones entre los procesos B) Representación gráfica de las interrelaciones entre los procesos	-Actividades comunes entre procesos
	Diagramación en flujo de las actividades del proceso	A) Actividades del proceso B) Responsables de las actividades C) Representación gráfica	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Categorías de análisis para objetivo 4

Objetivo: Establecer una guía de los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud en estudio.			
CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS		
	Categorías 1er orden	Categorías 2do orden	Categorías 3er orden
Articulación de procesos de promoción de la salud	A) Misión del proceso		
	B) Límites del proceso	-Insumos -Productos -Proveedores -Usuarios	
	C) Alcance del proceso	-Actividad de inicio -Actividad de finalización	
	D) Recursos	-Humanos -Infraestructura -Ambiente de trabajo	
	E) EDT de ejecución de los procesos	-Sprints de trabajo	-Resultados de cada Sprint -Responsables por resultado -Tareas por Sprint -Espacios de articulación entre responsables
	F) Evaluación del plan de acción	-Revisión de los Sprint	-Criterios de aceptación de Sprint -Indicadores de los procesos -Actividades de control de los procesos
		-Retrospectiva de los Sprint	-Problemas en el proceso -Mejoras al proceso -Mejores prácticas

Fuente: Elaboración propia

I. Técnicas e instrumentos de producción de datos

En primer lugar, la triangulación de datos fue fundamental para desarrollar un diagnóstico profundo y una propuesta contextualizada a los hallazgos. Esta triangulación es particularmente importante en un método cualitativo pues permite una “mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos, si éstos vienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de los datos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.439). Para ello, se utilizó en primer lugar la técnica de la entrevista semi-estructurada con base en “una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.418). Esto es importante pues estos autores mencionan la posibilidad de que la guía de la entrevista vaya estructurándose conforme avanza el trabajo de campo. Las entrevistas fueron utilizadas para los funcionarios del Área de Salud de Goicoechea 2, así como los profesionales en promoción de la salud que laboran en Áreas de Salud de la institución.

Así también, otra fuente para la producción de información fueron los documentos y registros de categoría grupales y de tipo organizacionales. Estos incluyen memorandos, planes, evaluaciones, boletines y otros, los cuales afectan a toda una institución (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.434) fueron una guía fundamental para entender no solo la estructura organizacional del Área de Salud, sino también la caracterización de la promoción de la salud. Estos documentos fueron registrados mediante una sistematización específica de elementos como fecha y lugar de obtención, tipo de elemento, uso para el estudio y otros. La información de dichos documentos fue integrada a todo lo que se analizó, a través de anotaciones específicas o extractos de los mismos que fueron particularmente útiles para los objetivos de estudio. Para el caso específico de esta propuesta fueron útiles documentos como lineamientos, políticas y planes institucionales, manuales de procedimientos de las distintas especialidades, guías de evaluación y otros, así como documentos de esta misma naturaleza relacionados con promoción de la salud.

Finalmente, otra técnica para la producción de datos fue el Metaplan, la cual se considera una técnica “de facilitación grupal que se basa en la interacción y participación de las personas implicadas para la búsqueda colaborativa de mejoras o soluciones a una situación común” (Rivas-Quarneti, Magalhaes y Movilla-Fernández, 2017, p.677). Esta técnica necesita de un facilitador

(en este caso el investigador) quien provee reglas generales para asegurar el orden y una efectiva participación de todas las partes. El Metaplan se desarrolla a partir de una o varias preguntas generadoras, los participantes colocan ideas en tarjetas y éstas se colocan en una pizarra para su posterior agrupación por categorías. De esta forma, la población beneficiaria más inmediata del proyecto es un participante activo en la construcción de la propuesta. El Metaplan fue utilizado en el objetivo específico dos con la Comisión Local de Promoción de la Salud en el Área de Salud en estudio, con el fin de que ellos también generaran una caracterización de la promoción de la salud.

Los instrumentos para la producción de datos pueden observarse en:

- Anexo 6: Ficha para la sistematización de documentos
- Anexo 7: Guía de entrevista para funcionarios del Área de Salud Goicoechea 2
- Anexo 8: Guía de entrevista para profesionales en Promoción de la Salud que laboran en Áreas de Salud
- Anexo 9: Guía para el desarrollo del Metaplan con la Comisión Local de Promoción de la Salud, Área de Salud de Goicoechea 2

J. Informantes

Se ubican dos grupos de sujetos en concreto, los cuales estuvieron involucradas en diferentes momentos de la propuesta.

1. Funcionarios del Área de Salud de Goicoechea 2

Este grupo fue el protagonista en la descripción de la estructura organizacional de dicho centro, sin perder de vista su vínculo como primer nivel de atención en la globalidad institucional de la CCSS. Para ello se tuvo acercamiento a un sujeto por cada servicio y componente funcional del Área de Salud, incluyendo a la comisión local de promoción de la salud, tomando en cuenta los elementos especificados en los cuadros de categorías de análisis. En este caso, se planteó un sujeto por cada una de las siguientes categorías:

- Dirección médica
- Gestión (recursos humanos, contabilidad y finanzas y otros)
- Servicios de apoyo (bodegas, transporte y otros)
- Medicina (general o especializada)
- Enfermería
- Servicios de atención (nutrición, odontología, trabajo social y otros)
- Comisión Local de Promoción de la Salud

Se tuvieron los siguientes criterios de inclusión: pertenecer a alguna las categorías mencionadas arriba y tener al menos 12 meses de trabajo en dicha Área de Salud previo al momento de recolección de datos. La selección del sujeto dentro de la categoría fue a conveniencia, de acuerdo con la disponibilidad que se negoció con la contraparte.

Así también, se acotó a los integrantes de la Comisión Local de Promoción de la Salud de dicha Área de Salud (6 personas) como sujetos en el segundo objetivo específico, para la caracterización de las acciones de promoción de la salud. El criterio de inclusión fue estar en dicha comisión; no se excluye a ningún integrante pues se selecciona una técnica que favorece la recolección de datos de forma grupal. Es importante destacar que el/la participante seleccionado/a como representante de la Comisión deberá fue diferente a los entrevistados anteriormente.

2. Profesionales en promoción de la salud que laboran en Áreas de Salud de la CCSS

En dicho segundo objetivo específico también entró este otro grande grupo de sujetos. Estos se consideraron informantes clave para desarrollar una caracterización completa y profunda de este servicio, con un especial énfasis en los componentes específicos pertinentes a la realidad del primer nivel de atención. Para ellos tampoco se plantearon criterios de exclusión pues la cantidad de sujetos es manejable para el sustentante; exactamente 7 profesionales en promoción de la salud en Áreas de Salud para todo el país (P1, comunicación personal, 28 de mayo 2021).

Finalmente, este grupo de sujetos fue importante para establecer un contraste con los resultados que se obtengan de los integrantes de la Comisión en Goicoechea 2, y así triangular la información y realizar una propuesta que integre diversos elementos del primer nivel de atención en general y no solamente desde la realidad de dicha Área de Salud en específico.

K. Método muestral

Debido a la presencia de dos grupos de sujetos, se plantean dos tipos de muestreo:

- *Máxima variación*: autores proponen su uso cuando es necesario mostrar “distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.397). Para esta propuesta, se utilizó la máxima variación para el primer momento metodológico correspondiente a la descripción de la estructura organizacional, siendo este aspecto el fenómeno que debe ser estudiado desde la perspectiva de diversos profesionales en distintos niveles jerárquicos y desde la multiplicidad de funciones.
- *Expertos*: este tipo se define para los casos en que “es necesaria la opinión de individuos expertos en un tema” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.397). Para esta propuesta se considera fundamental acudir a profesionales en promoción de la salud que laboren en Áreas de Salud para caracterizar las actividades de dicho servicio. En ese sentido, este método de muestreo se tuvo para el segundo momento metodológico.

L. Plan de análisis

Para iniciar, la revisión bibliográfica de documentos, políticas, manuales y otros lineamientos institucionales fue de gran valor para alimentar una parte de la descripción de la estructura organizacional. Para esto, se diseñó una ficha para la sistematización de documentos (Anexo 6) en la cual se colocó la información más relevante de cada documento revisado, con el fin de facilitar la posterior triangulación de las fuentes. Con los documentos categorizados, se realizó una revisión de las guías de entrevista y eliminar preguntas de ser necesario, a la luz de los hallazgos.

Ahora bien, una vez que se recolectó toda la información luego del trabajo de campo, se realizó el análisis de la misma en función de los objetivos específicos uno y dos. Para ello, se comenzó con una transcripción de las grabaciones de audio capturadas en las entrevistas y el primer Metaplan. Esta actividad es definida como un “registro escrito de una entrevista, sesión grupal, narración, anotación y otros elementos similares. Es central para el análisis cualitativo y refleja el lenguaje verbal” de los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.447).

Debido al volumen de información que se tuvo, se utilizó una transcripción manipulada en la cual se omitirán expresiones innecesarias (“mmm”, “este” o cualquier muletilla de naturaleza

similar) y, de ser necesario, se reacomodó la información por cada pregunta para que esta sea ubicada de mejor manera. Es decir, si el sujeto mencionó algo en la pregunta 6, sin embargo, la información tiene mayor correspondencia con la pregunta 3, los párrafos serán modificados para cumplir con una mayor coherencia.

Luego de esto, se procedió a agrupar la información por grandes categorías de sujetos, en el caso de la descripción de la estructura organizacional del Área de Salud. Esto permitió realizar el análisis en función de la categoría correspondiente (tabla 3) y de acuerdo con la propuesta de diagnóstico organizacional de Proulx (2014). El autor describe los elementos a considerar, incluyendo la división de las tareas de acuerdo con diversos tipos de especialización, la coordinación de dichas tareas por ajustes o estandarizaciones internas, así como funciones específicas del personal administrativo, de apoyo, dirección y otros.

Una vez que se realizó la transcripción, se procedió a preparar una tabla de códigos con sus respectivos significados. Estos códigos “identifican a las categorías que emergen de la comparación constante de segmentos o unidades de análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.448). Las entrevistas fueron analizadas a la luz de los componentes del diagnóstico organizacional, por lo que los códigos creados fueron en función de dichas categorías. Luego, los códigos resultantes al haber analizado todas las entrevistas fueron agrupados en familias, con el fin de identificar patrones y respuestas similares en la información.

Luego, en una tabla de Excel se colocaron las categorías en filas y los sujetos en columnas. Cada párrafo fue copiado en la tabla para analizar todas las repuestas de todos los sujetos para la categoría 1, la 2 y así sucesivamente. Luego, se hizo una inferencia o conclusión personal sobre lo encontrado en cada fila, encontrando similitudes o diferencias en las respuestas de los sujetos.

Con base en el análisis y las agrupaciones, se procedió a la redacción de estos y a la preparación de los resultados por medio de técnicas visuales que colaboraran en la identificación de patrones resultantes del análisis. De esta forma, el producto concreto fue una descripción amplia de la estructura organizacional en la cual se encuentran las acciones en promoción de la salud.

Para el objetivo específico dos, el cual caracteriza las acciones en promoción de la salud por medio de entrevistas a profesionales en esta área, se repitieron todos los pasos anteriores. En este caso, la guía de entrevista fue igual para todos los sujetos pues la meta fue encontrar

similitudes en los resultados de promoción de la salud que se deberían perseguir, perfiles de grupos poblacionales, acciones de reorientación y otros.

En este mismo objetivo se desarrolló un Metaplan con otro grupo de sujetos correspondiente a la comisión local de promoción de la salud en Goicoechea 2. El análisis fue idéntico a como fue descrito antes, pues la información recaba fue analizada en conjunto con los resultados de las entrevistas a la población experta, utilizando la misma codificación para encontrar familias de categorías.

Con base en todo lo anterior, fue posible realizar una triangulación de fuentes entre la información recopilada en las entrevistas, el Metaplan y la revisión documental. Todo ello permitió un análisis exhaustivo, en forma de diagnóstico, de las acciones en promoción de la salud a la luz de la estructura organizacional en la cual se insertan. Con base en este amplio diagnóstico que posee diversas fuentes de datos, grupos de sujetos y técnicas de recopilación de datos, se abrió paso al planteamiento del proyecto, cuya metodología fue explicada en apartados anteriores. Así también, se hizo un riguroso análisis de la información que permitiera brindar credibilidad a los datos, representatividad a los sujetos involucrados directa e indirectamente, y validez a los hallazgos.

M. Periodos de recolección de datos

Se recolectó la totalidad de la información durante el primer semestre del 2022, en su mayoría de forma presencial. El uso de medios virtuales fue necesario para entrevistas con personas fuera de la Gran Área Metropolitana o en modalidad de teletrabajo debido a la pandemia.

N. Cronograma, recursos y presupuesto

Para el desarrollo de la propuesta se utilizó un cronograma en el cual se colocaron todas las actividades necesarias en las filas, en función de las semanas en las que se realizarán dichas actividades y los meses correspondientes al lado. Dicho cronograma, correspondiente al año 2022, puede ser consultado en el Anexo 10.

Con base en las actividades propuestas en el cronograma se planteó el presupuesto necesario para ejecutarlas, en términos de recursos económicos y materiales. Es necesario señalar que no existieron fuentes de financiamiento adicionales a los recursos de naturaleza privada del

investigador. Así también, cabe destacar que la propuesta tuvo un carácter de viabilidad debido que los recursos señalados están al alcance del sustentante. El detalle del presupuesto puede verse en el Anexo 11 del documento.

Lista de recursos necesarios:

- Conocimientos en modelaje, identificación y descripción de procesos
- Destrezas en el manejo de tecnologías de la información
- Habilidades para el manejo de software para modelaje de procesos (VISIO de Microsoft)
- Documentos, lineamientos, manuales, guías y políticas institucionales de la CCSS
- Medios de contacto a los profesionales en promoción de la salud (números de teléfono o correo electrónico)

O. Alcances y limitaciones

Luego de un amplio detalle del marco metodológico de la propuesta es necesario especificar hasta dónde se llegó y cuáles fueron las limitaciones emergentes. En ese sentido, la propuesta del proyecto no fue ejecutada, sino que el alcance fue hasta el planteamiento de la guía de procesos de promoción de la salud. Es importante subrayar que la propuesta está sustentada en los procesos de promoción de la salud que generalmente se desarrollan en el primer nivel de la institución, sin embargo se reconoce que no es exhaustiva ya que pueden existir procesos adicionales específicos a las necesidades de la población en otras Áreas de Salud que así lo requieran.

La propuesta tampoco plantea un replanteamiento de las directrices establecidas por la Dirección Regional, por lo que estos procesos son adicionales a las acciones ya establecidas por otras instancias. El contacto con los usuarios para este trabajo resultó no ser posible en términos de tiempo, costo y cantidad de proponentes, por lo que la propuesta se enfoca únicamente en la mejora desde la gestión de los servicios de salud.

No se contó con la participación de todos los profesionales en promoción de la salud que laboran en Áreas de Salud de la CCSS, tras múltiples intentos del autor. Finalmente, la propuesta tuvo atrasos considerables de cronograma, debido al hackeo a los sistemas de información y la imposibilidad de comunicarse con los funcionarios por correo institucional.

8. Plan de garantía ética

8.1 Principios de la bioética

Con respecto a los principios de bioética que se tuvieron presentes en este TFG se debe señalar que, de acuerdo con la definición plasmada en el reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica en su artículo 4, donde se establece que las investigaciones con seres humanos son aquellas que contemplen intervenciones o interacciones con éstos (y aclarando las circunstancias de obtención de información privada sobre su identidad o la utilización de órganos, tejidos, líquidos corporales y cualquier material genético pertenecientes a ella), ésta propuesta de TFG no incorporó dicha naturaleza de recolección de datos. Sin embargo, sí es importante aclarar que se tuvieron en cuenta, tanto para el diseño como para la ejecución de la propuesta, principios que guiaran y aseguraran una participación segura de las personas que facilitaron la información necesaria para la buena marcha del trabajo.

Entre estos principios se puede hacer referencia al de autonomía, el cual se entiende como el reconocimiento del derecho de todo ser humano a mantener su punto de vista, realizar elecciones y tomar rumbos de acción basados en valores y creencias personales (Siurana, 2010, p.124). Ello implica que la propuesta no limitó las opiniones de los colaboradores del Área de Salud de Goicoechea 2 sobre su accionar en gestión y/o promoción de la salud, así como de los profesionales en promoción de salud quienes brindaron apreciaciones sobre su quehacer diario.

Así también, se respetaron las opiniones de cada participante en la Comisión Local de Promoción de la Salud, con respecto a cómo debería articularse este servicio en el primer nivel de atención. De hecho, se utilizó la metodología de Metaplan para incorporar diversos puntos de vista. Tampoco se reflejó un menosprecio por opiniones específicas que tengan los sujetos participantes.

Bajo ese mismo principio, se usó un consentimiento informado, con el fin de garantizar la libre participación de los informantes, con previo conocimiento del tratamiento que se le dará a la información, el objetivo perseguido de la investigación, la publicación de resultados, la confidencialidad y otros elementos de la misma naturaleza.

Por otra parte, en cuanto al principio de beneficencia que se ocupa de prevenir daños, proteger los derechos y realizar actos positivos en favor de otras personas (Siurana, 2010, p.125),

la propuesta buscó estructurar una herramienta que coadyuve en clarificar el rol de la promoción de la salud en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. El fin mismo de la propuesta es ayudar a la mejora de los servicios de salud, por lo que el principio de hacer el bien se encuentra en el núcleo del trabajo.

Así también, el principio de justicia que debe existir en las relaciones entre las instancias involucradas, los participantes y el investigador (Consejo Universitario, 2000, p.1) fue tomado en cuenta durante toda la propuesta, en tanto se garantizó que todas las personas que proporcionarían información fueran tratadas de forma igualitaria. De igual forma, no se hizo ninguna diferenciación injusta, infundada o discriminatoria en cuanto a quiénes podían proveer dicha información. Habiendo dicho esto, existen criterios de exclusión que, por razones metodológicas, es necesario especificar para seleccionar adecuadamente los sujetos participantes. Sin embargo, estos respetan el principio de justicia.

8.2 Riesgo del estudio, resguardo y confidencialidad

En primer lugar, dado que las preguntas plasmadas en los instrumentos de recolección de datos versan sobre procesos y políticas institucionales, u opiniones sobre el quehacer profesional, este estudio tuvo un riesgo bajo. No se realizaron procedimientos clínicos, ni se administraron medicamentos, ni se realizaron preguntas de índole personal sobre experiencias en la vida privada, datos de su vivienda u otros factores similares.

Basado en el artículo 3, artículo 9 y artículo 13 de la Ley 9234 de Regulación de Investigación Biomédica, el proponente asegura que la información brindada por los participantes fue tratada con confidencialidad, con el fin de que la investigación protegiera el derecho a emitir opiniones sobre la gestión de la institución para la cual trabajan, sin que ello eventualmente implicara alguna consecuencia negativa en su lugar de trabajo.

Para ello, se protegió el derecho a la confidencialidad plasmado en el artículo 25 de la ley supracitada. En este se establece que “las personas participantes en una investigación tendrán derecho a que se guarde confidencialidad sobre su identidad, información personal y su salud” así como resultados de la investigación en la cual fueron parte (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2014). La confidencialidad se protegió mediante la publicación de resultados generalizados, y la no asociación entre opiniones expresadas y nombres completos de los

participantes o sus lugares de trabajo. Cabe destacar que los participantes *accedieron voluntariamente* a participar en la respuesta de las preguntas, y en el caso del Metaplan se tuvo una participación activa en la totalidad del espacio.

8.3 Devolución de los resultados

En apego a lo establecido en la reglamentación universitaria, los resultados de este trabajo fueron presentados por medio de una defensa pública y abierta a cualquier interesado, en la Escuela de Salud Pública. Así también, se acordó una fecha específica en la cual los resultados serían socializados directamente a la Comisión Local de Promoción de la Salud del Área de Salud de Goicoechea 2, así como la Dirección Médica de dicho establecimiento. Por otra parte, se grabará un video con la presentación de los principales hallazgos y se enviará a los profesionales en Promoción de la Salud que colaboraron como sujetos participantes del estudio. Esto con el fin de facilitar la consulta de los resultados en el momento de mayor conveniencia para cada persona. Finalmente, el informe del proyecto y el artículo producido por esta investigación será socializado a todas las instancias mencionadas arriba (las participantes) para su respectiva revisión, así como otras pertinentes a lo interno de la CCSS vinculadas con la promoción de la salud.

8.4 Consentimiento informado

El proceso de consentimiento informado es resguardado en el segundo acápite de la Ley 9234 Reguladora de Investigación Biomédica. En el artículo 9 se establece que el consentimiento “es el proceso mediante el cual una persona confirma, voluntariamente, su deseo de participar en una investigación” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2014). En ese sentido, dado el planteamiento, se presentan dos tipos de consentimientos informados:

Anexo 12: Consentimiento Informado para la Universidad de Costa Rica

Anexo 13: Consentimiento Informado para la Caja Costarricense de Seguro Social

Al entrar en contacto con el participante, se le explicó en qué consiste la investigación de manera veraz, clara, precisa y escrita, de manera que no indujera al error, engaño o coacción, y que pudiera ser entendida por los participantes. Posteriormente, se le entregó el documento, se hizo lectura compartida de cada uno de ellos garantizando un espacio para la aclaración de dudas, para finalmente firmarlo. El investigador verificó dicha firma previo a iniciar la recolección de datos.

9. Comité Asesor

Con base en la propuesta detallada, el comité asesor que guíe el trabajo del proponente integra un equipo de diversas disciplinas y áreas de conocimiento, con experiencia en investigación y temáticas a fines. Se consideró que este equipo fue el ideal para desarrollar una propuesta de calidad, con un alto contenido técnico, adecuada al contexto seleccionado y que aporte nuevos conocimientos a la promoción de la salud. En ese sentido, el perfil de las personas que conformaron el comité asesor de este TFG es el siguiente:

Lic. Karol Rojas Araya (Directora): Profesional en enfermería de base, con estudios en Sociología, Administración Pública y Servicios de Salud. Es docente e investigadora en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

El aporte de la Lic. Karol Rojas se ubica en un posicionamiento teórico sobre promoción de la salud congruente con la visión del autor, donde se visualiza a esta como una profesión que aborda los determinantes sociales para el desarrollo de contextos promotores de salud. Sus conocimientos en gestión y política social, servicios de salud y pensamiento sistémico permitieron dar un enfoque clave al diseño de los procesos contextualizados a los servicios de salud. Al haber trabajado con la Lic. Karol Rojas en otros espacios se depositó la confianza para liderar el comité asesor y ejercer las funciones que se le otorgan en la normativa universitaria, así como para construir un proyecto de graduación de excelencia y gran valía.

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal (Lectora): Médica y Máster en Salud Pública. Fue Presidenta de la CCSS y Ministra de Salud de Costa Rica. Es investigadora en la Escuela de Salud Pública y es parte del proyecto “Systems Thinking Accelerator” en el Instituto de Salud Pública de Suiza.

El aporte de la Dra. Rocío Sáenz permitió desarrollar una propuesta de alta calidad, viable y contextualizada a la realidad de los servicios de salud de la CCSS. Sus amplios conocimientos y experiencias permitieron brindar aportes para la construcción de la propuesta y la preparación de los resultados, con el fin de adecuar el diseño de los procesos a la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Su experiencia académica en docencia e investigación en atención primaria, así como la aplicación del enfoque sistémico a los sistemas y servicios de salud, fueron claves para el núcleo central de la propuesta, por lo que sus aportes a este TFG son fundamentales.

Dra. Angelina Sandoval Dinarte (Tutora institucional): Es licenciada en odontología y doctora en cirugía dental. Posee una maestría en Gerencia en Salud y es especialista en Administración en Salud. Actualmente es la coordinadora de la Comisión Local de Promoción de la Salud del Área de Salud de Goicoechea 2, y ocupa la secretaría en el Comité Ético Científico Central del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) de la CCSS.

El aporte de la Dra. Angelina Sandoval se vincula en su amplio conocimiento sobre los procesos internos de la CCSS, así como la realidad específica del desarrollo de la promoción de la salud desde el Área de Salud seleccionado. Así también, su experiencia en el Comité Ético Científico permitió una propuesta congruente con los lineamientos internos correspondientes en esta materia. Su rol como tutora institucional es requisito indispensable para el desarrollo de un TFG en la CCSS, así como para brindar un carácter de viabilidad al proyecto que se plantea.



Desarrollo:

Resultados y Análisis del diagnóstico

CAPÍTULO 1

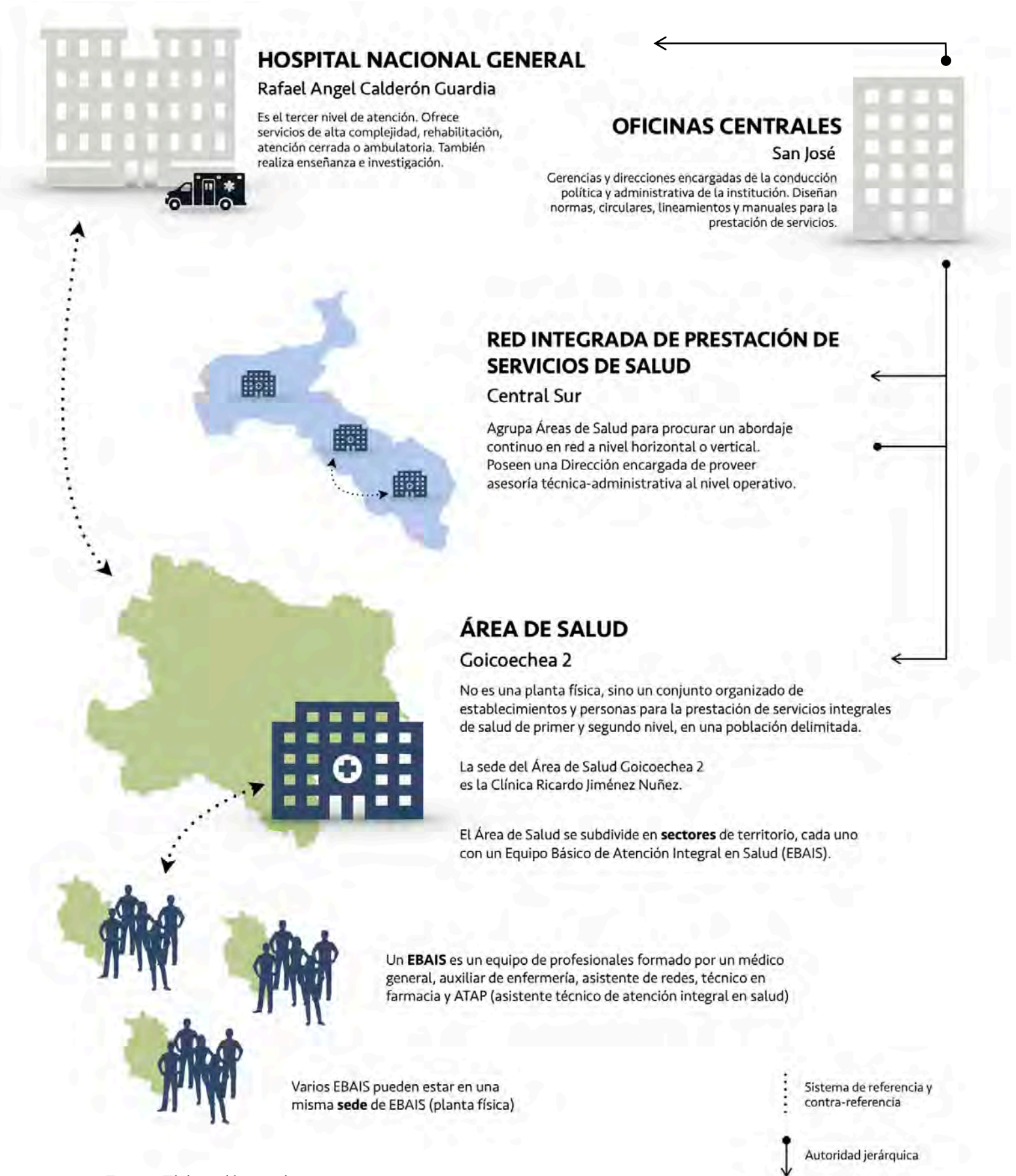
La organización estructural del Área de Salud

La prestación de servicios de salud requiere de procesos, equipos, planes de trabajo, jerarquías, departamentos y funciones cuya meta sea la mejora en la salud de las personas. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es una institución que alberga todos estos elementos e intenta, por medio de una adecuada gestión de los mismos, cubrir a la mayor cantidad posible de personas en el territorio costarricense, con el fin de incrementar su calidad de vida.

Precisamente, es importante explicar que en la CCSS existen diferentes niveles de complejidad en una amplia red de prestación de servicios (ver figura 8). Esta división corresponde con una lógica de red integrada de servicios de salud organizada en tres niveles de atención, con base en criterios geográficos y poblacionales definidos. Por ello, la prestación de estos servicios de salud se establece en redes, con hospitales (nacionales, regionales y periféricos), áreas de salud (de primer y segundo nivel), Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y puestos de visita periódica.

Al 2022, la CCSS cuenta con 1083 EBAIS, 105 Áreas de Salud con sus respectivas sedes, 20 hospitales regionales y periféricos y 3 hospitales nacionales generales (CCSS, 2022).

Figura 8: Organización de los servicios de salud de la CCSS, 2022



Fuente: Elaboración propia

La institución presenta una oferta en tres niveles de atención, siendo la primera la más básica donde se ubican las Áreas de Salud y sus respectivos EBAIS. Sin embargo, para reforzar este nivel algunas Áreas cuentan con un segundo nivel de atención, como es el caso de Goicoechea 2 (ASG2), la cual fue seleccionada como punto de referencia para este estudio.

En este segundo nivel ampliado en el Área de Salud se cuenta con especialidades médicas y una oferta de mayor complejidad en servicios de apoyo como odontología, psicología y trabajo social. Esto se conoce como un Área de Salud tipo 2, la cual es la clasificación oficial del Área de Salud de Goicoechea 2 (ASG2). Concretamente, las especialidades son medicina familiar, medicina del dolor, dermatología, psiquiatría, clínica de mama, pediatría, medicina interna, medicina laboral y radiología. En el caso de servicios que no pertenecen a medicina, cada disciplina tiene criterios específicos para definir qué tipo de intervenciones se hacen desde un primer o segundo nivel, dependiendo del tipo de respuesta requerido.

Ahora, si la persona requiere algún servicio en particular, puede ser referida mediante un documento a un nivel superior, en caso de que el primer nivel no pueda solventar la situación. El ASG2 en su segundo nivel refiere a usuarios al Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, el cual sería el tercer nivel de atención. Este tercer nivel, también tiene la posibilidad de contra-referir usuarios a un primer o segundo nivel, si su necesidad no requiere una atención tan compleja. Para entender el funcionamiento de la red de manera gráfica, se presenta el mapa anterior (figura 8).

Este sistema permite que una persona cuya consulta de salud no pudo resultar en el primer nivel de atención, sea derivado a niveles superiores, según necesidad, y sea atendido por profesionales con mayor grado de especialidad y recursos físicos y tecnológicos para brindar una atención médica oportuna, integral y de calidad.

Ahora bien, todo esto refiere al componente de prestación de servicios de salud dividido en niveles. Pero, como se observa en el mapa, la CCSS tiene otro componente administrativo que también tiene un nivel local, regional y nacional. Las oficinas administrativas centrales reúnen a la gerencia médica, dirección de compras, dirección de desarrollo de servicios de salud, de planificación y otras, y ejerce conducción operativa y administrativa sobre todos los establecimientos en el país, mientras que a nivel regional se ubica una dirección con un rol primordialmente de asesoría y seguimiento.

Como se mencionó, el Área de Salud es una parte de toda la institución, por lo que es fundamental entender su globalidad previo a la descripción de Goicoechea 2, pues todos estos factores posibilitan la prestación de servicios de salud en dicho centro local ya que no se encuentra aislado de todo el engranaje a nivel nacional.

De esta forma, el presente diagnóstico da respuesta a los dos primeros objetivos específicos del protocolo: a) describir la estructura organizacional del Área de Salud de Goicoechea 2 y b) caracterizar las acciones de promoción de la salud en el primer nivel de atención. Como se observa, los objetivos apuntan a dos temáticas de estudio eminentemente distintas: la estructura organizacional y acciones de promoción de la salud. Sin embargo, la misión de esta investigación es analizar el estado de la promoción de la salud como parte de la estructura organizacional del Área de Salud, es decir, una mezcla entre ambos componentes.

En ese sentido, el diagnóstico se dividió en tres grandes capítulos. El primero da respuesta al primer objetivo específico, el segundo capítulo atiende al segundo objetivo específico, y el tercero realiza un análisis de la información y resultados para presentar conclusiones. Con base en ello, se detalla a continuación el proceso de construcción del primer capítulo, y posteriormente los resultados.

Para la construcción de este primer capítulo se realizaron 10 entrevistas con distintos funcionarios del centro de salud. Participó un funcionario por cada servicio: nutrición, farmacia, trabajo social, medicina general, psicología, odontología y enfermería. Adicional a la dirección médica interina, también participó un representante de los servicios de apoyo (vigilancia, ropería y aseo) y un representante del área de administración (recursos humanos, financiero contable, proveeduría y mantenimiento). Se utilizó un instrumento semi-estructurado, y grabación de audio para la transcripción fiel de la información que fue procesada mediante una tabla de categorización. Todos los sujetos confirmaron su anuencia y participación por medio de la firma del consentimiento informado. Su selección fue por oportunidad y dependió de la disponibilidad de tiempo de los funcionarios.

Como se mencionó, es importante conocer cómo funciona el ASG2 en sus diferentes unidades, pues la promoción de la salud (como objeto central de esta investigación) no está aislada de dicha realidad. Por el contrario, muchos de los mecanismos que facilitan u obstaculizan una adecuada prestación de este servicio tienen que ver con la estructura de la organización, sus componentes y su forma de operar y su relación con disposiciones de niveles superiores a los cuales debe ajustarse. Teniendo claridad de todo el sistema como tal, se expondrán los resultados de este capítulo en los siguientes dos apartados: partes fundamentales de la organización y acciones para la prestación de servicios.

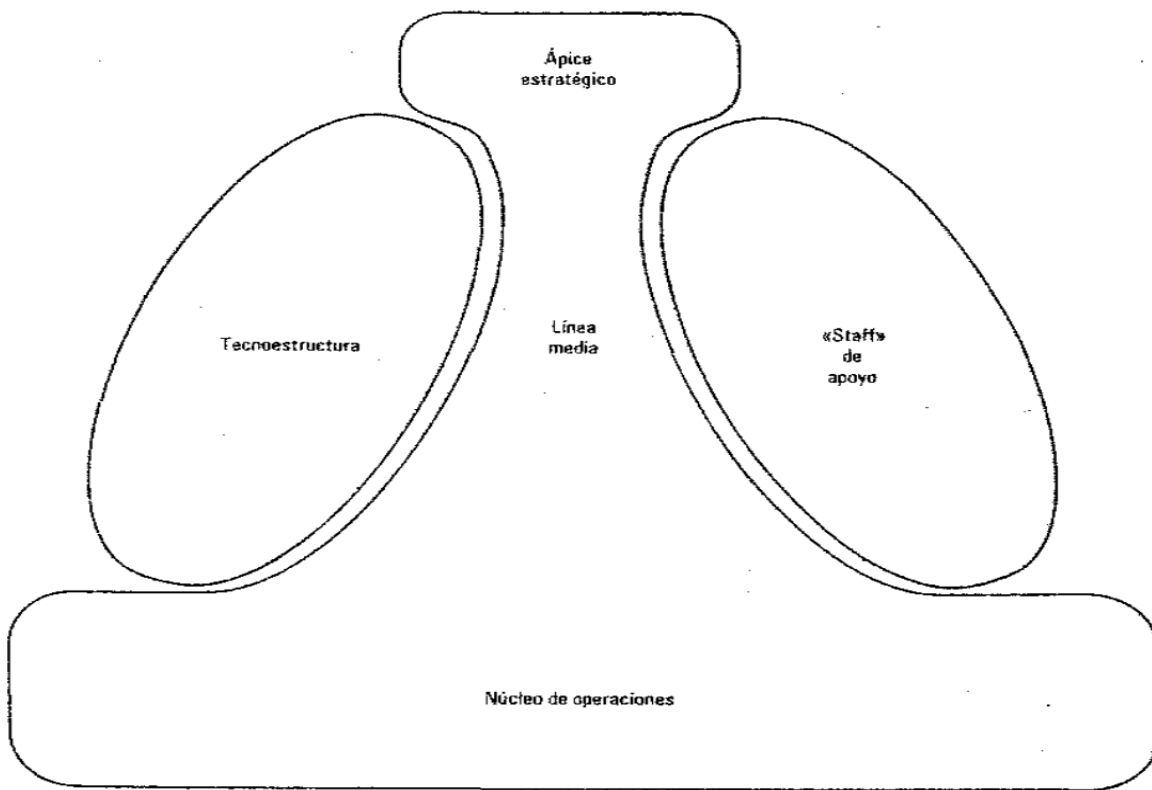
1.1 Partes fundamentales de la organización

Como marco analítico del presente acápite, se utilizó el libro de Diagnóstico y Cambio Organizacional (Proulx, 2014) el cual adaptó la teoría del autor Henry Mintzberg y su obra clásica “La estructuración de las organizaciones” escrita en 1984. Él propone un modelo para entender cómo se compone internamente una institución, sus componentes y funciones. El supuesto principal es que las actividades de cualquier organización se dividen por funciones, procesos, resultados u otros, y luego estas divisiones se coordinan entre sí para concretar la producción de bienes o servicios.

De ahí vienen los componentes fundamentales de la organización, observados en la figura 9. En el dibujo se observa el ápice estratégico, la línea media justo debajo con la tecnoestructura y el personal de apoyo a los lados, llegando al núcleo de operaciones en la parte inferior. Todos estos elementos, y los que serán explorados a lo largo del capítulo, constituyen la llamada estructura organizacional, definida como “el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego coordinar las mismas” (Mintzberg, 2005, p.26).

Esta figura cumple con una lógica similar al organigrama tradicional de muchas organizaciones donde se colocan las relaciones jerárquicas formales con el director o gerente en la cima, jefes de departamentos en el medio y el personal operativo en los segmentos de abajo.

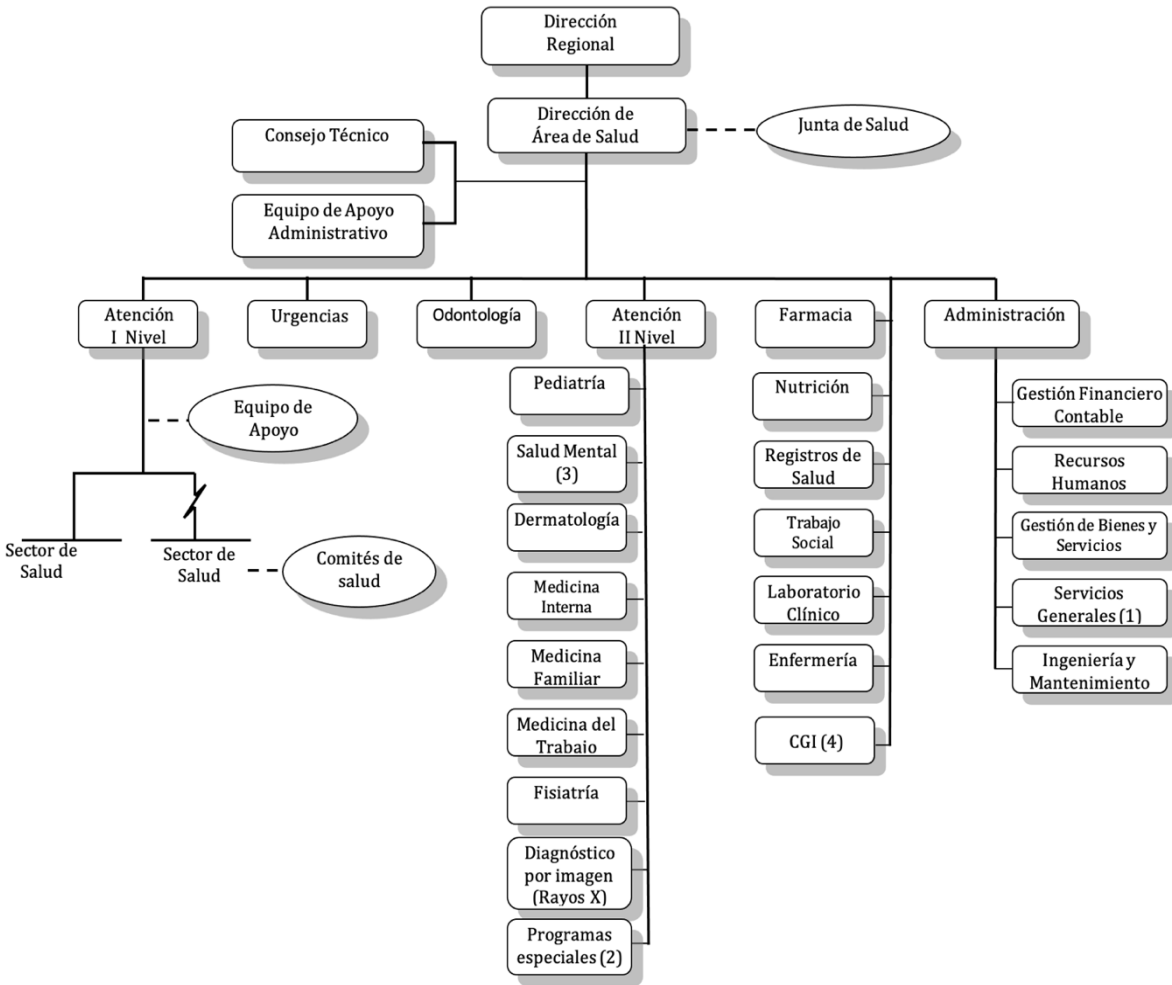
Figura 9: Las cinco partes fundamentales de la organización, modelo de Mintzberg



Fuente: Mintzberg, 2005, p.45

En ese sentido, es conveniente mostrar el organigrama facilitado por el Área de Salud Goicoechea 2 (ASG2) (sin fecha de diseño), en la figura 10. En el organigrama se observa la dirección del Área de Salud en la cima, con el consejo técnico y el equipo de apoyo administrativo como órganos de apoyo. También se incluyen los servicios de segundo nivel, odontología en una unidad aparte, y farmacia y otros servicios intermedios como laboratorio clínico. Finalmente, a la derecha se encuentran los subprocesos administrativos como contabilidad, recursos humanos, mantenimiento y otros. Cabe señalar que la Promoción de la Salud no es mencionada en el organigrama.

Figura 10: Organigrama del Área de Salud Goicoechea 2, Caja Costarricense de Seguro Social



- (1) Aún no conformado como tal en la unidad
- (2) Telemedicina, clínica de mama, fondo de ojo, cesación de fumado
- (3) Incluye Psiquiatría (2), Psicología (2) y Trabajo Social (3)
- (4) Autorizada su dependencia de la Dirección Médica mediante oficio Dirección Regional

Fuente: elaboración del Área de Salud, obtenido mediante entrevista a participante, 2022

A continuación, se describe a detalle cada uno de los componentes del Área de Salud con base en este modelo de Mintzberg.

A. Cima estratégica

Está compuesta por la Dirección Médica y el Consejo Técnico. Una persona posee la jerarquía máxima en lo que respecta al área administrativa, llamado Administrador. Sin embargo, la decisión última siempre será tomada por la Dirección Médica en caso de desacuerdo.



La Dirección Médica tiene un rol basado en los principios de la administración y gerencia. Según su ocupante, tiene que ver con dar soluciones, resolver y dirigir. La supervisión se da en cuestiones puntuales, por lo que es un rol más de acompañamiento a los coordinadores y jefaturas. También, delega múltiples funciones y tareas dada la magnitud del trabajo de la organización. La Dirección Médica funge como la jefatura del servicio de medicina.

El Consejo Técnico agrupa a todas las jefaturas reales y efectivas, así como los y las coordinadores(as) del Área de Salud. Se reúne una vez por semana para dar seguimiento a las acciones de la organización. También toma decisiones sobre la inversión del presupuesto anual.



El Administrador tiene a cargo la supervisión de todos los subprocesos administrativos del Área de Salud, como mantenimiento e ingeniería, servicios generales, proveeduría, recursos humanos y financiero-contable. Se encarga de gestionar las compras y administrar el presupuesto, así como hacer solicitudes de partidas extraordinarias en caso de ser necesario. También colabora en la coordinación del transporte y traslado de usuarios, rotación de profesionales para vacunación, visitas domiciliarias y otros.

B. Línea media

Está compuesta de las personas entre la cima estratégica y el personal operativo. Incluye dos categorías: jefaturas reales y efectivas, y coordinadores. El primero se refiere a personas nombradas como jefes de manera oficial en la institución. Los coordinadores fungen en un rol similar pero no poseen el título de jefatura. Los únicos jefes reales y efectivos pertenecen a:

- Financiero-contable
- Recursos humanos
- Farmacia
- Laboratorio clínico
- Enfermería
- Odontología
- Trabajo Social
- Registros de salud

En cuanto a las coordinaciones, se logró identificar a la del primer nivel de atención, segundo nivel de atención y Psicología. Nutrición solamente posee un funcionario, por lo que esta persona también es considerada como coordinadora. Las funciones de la línea media, especificadas hace algunas páginas, tienen que ver con un rol de seguimiento y de coordinación, así como ser intermediario para los procesos de comunicación entre la cima estratégica y el núcleo de operaciones.

En el caso de las coordinaciones de primer y segundo nivel, las funciones tienen que ver con el seguimiento a las agendas médicas, revisión de fichas técnicas (donde se incluyen los procedimientos para el manejo de patologías) y monitoreo de expedientes digitales. Además, la coordinación de primer nivel da seguimiento a captación de anemias, captación postparto en los primeros 8 días, captación de embarazadas, prenatales con VDRL (prueba serológica para la sífilis), coordina visitas domiciliarias y responde a solicitudes de la Dirección Regional.

C. Núcleo de operaciones

Este es el segmento sustantivo del Área de Salud, pues aquí se encuentran todas las personas involucradas directamente en la atención y abordaje de las necesidades de los usuarios. Este grupo incluye tanto los servicios intermedios como finales. Los intermedios son personas en servicios como laboratorio, dispensa de medicamentos e imagenología, mientras que los finales son parte de la atención médica, programas preventivos, consulta social o nutricional y promoción de la salud.


Aquí se contempla la oferta dentro de cada servicio. Un resultado importante es que todos los servicios reconocieron al menos una actividad sustantiva como promoción de la salud, con base en lo que cada participante entiende de este concepto. A continuación se detalla la oferta identificada para los servicios entrevistados:



- Provisión de medicamentos
- Almacenamiento y control de medicamentos
- Información sobre medicamentos a la comunidad
- Capacitación sobre medicamentos a funcionarios
- Educación a usuarios



- Atención nutricional grupal e individual
- Promoción de la salud nutricional
- Abordaje nutricional desde las comunidades
- Vigilancia nutricional



TRABAJO SOCIAL

- Consulta individual
- Consulta familiar, terapia de familia
- Consulta grupal, procesos socioeducativos
- Procesos socio terapéuticos y talleres



PSICOLOGÍA

- Consulta individual
- Psicología general, clínica y psiquiatría en segundo nivel
- Intervención en servicios del Área de Salud
- Clínica del control del dolor y cuidados paliativos
- Clínica de hormonización
- Clínica de cesación de fumado
- Pruebas psicodiagnósticas



ODONTOLOGÍA

- Prevención en escenario escolar
- Programa de bebé sano, promoción de la salud
- Consulta externa en Clínica y EBAIS
- Curación de patologías



ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

- Consulta de planificación familiar
- Control prenatal
- Asesorías para adolescentes
- Educación pre y post parto
- Consulta individual en diversos escenarios
- Detección de cáncer cervicouterino y mama



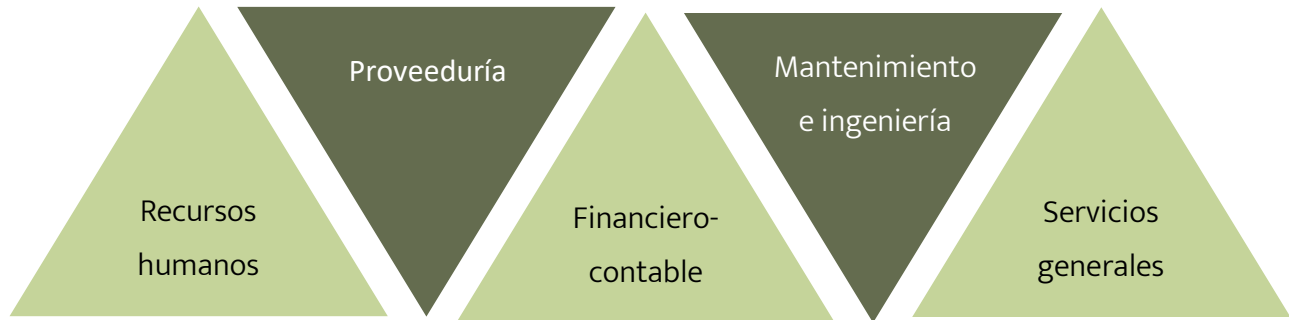
- Consulta externa individual
- Captación de anemias, embarazadas y postparto
- Seguimiento a prenatales con VDRL
- Medicina interna, familiar, laboral y del dolor
- Dermatología, pediatría y radiología
- Clínica de mama

Por otra parte, estos servicios reconocen algunas acciones de promoción de la salud dentro de la oferta mencionada. Estas acciones son:

- Grupos para diabéticos e hipertensos gestionados por cada EBAIS entre medicina y auxiliar de enfermería (los participantes consideran que no sería “pura” promoción pues los usuarios tienen un padecimiento).
- Acciones de nutrición en el escenario escolar: materno, tercero y sexto grado.
- Charlas donde se abordan temas de promoción desde Trabajo Social.
- Grupos de exfumadores para estimular estilos de vida saludables.
- Curso de parto liderado por enfermería en el que participan diversos servicios.
- Curso para adolescentes sobre prevención de embarazo, bullying y prevención de suicidio.
- Celebraciones como día de prevención del fumado, semana mundial de lactancia.
- Programa del bebé sano en odontología.

D. Tecnoestructura

Este componente de la organización está integrado por todas aquellas personas encargadas de normalizar el trabajo de los funcionarios, es decir personal de administración que diseña los flujos de trabajo, planifica, analiza y prepara la producción, etc. En el Área de Salud, la tecnoestructura está integrada por los siguientes departamentos del área de administración:



No obstante, los servicios generales y mantenimiento e ingeniería se podrían considerar como parte del apoyo logístico y no de la tecnoestructura. Un resultado notable es que la tecnoestructura propiamente dicha del Área de Salud no tiene un peso igual a la tecnoestructura de la CCSS en su totalidad. Es decir, la normalización del trabajo y los procedimientos y el monitoreo del cumplimiento del Plan Presupuesto no se dan en la tecnoestructura del ASG2, sino desde las oficinas centrales de la institución. Entonces, este componente organizativo en el nivel local no posee tanto nivel de autonomía, pues sus funciones son (principalmente) la resolución de conflictos de planillas, seguimiento a los pagos de los colaboradores, planificación y ejecución de los presupuestos, compra y mantenimiento de equipo tecnológico y médico, y labores similares.

En cuanto a la información correspondiente a los departamentos de registros de salud, esta se obtuvo a partir de las entrevistas realizadas a otros funcionarios, identificado que sus funciones van hacia la preparación y seguimiento de agendas. Es decir, habilitar la asignación de citas para consulta individual en los servicios del Área de Salud y sistematizar las labores de funcionarios en aspectos específicos. En ese sentido, este departamento tampoco posee una completa autonomía en cuanto a la planificación de la producción, más allá de la frecuencia de atención.

La tecnoestructura también se muestra un tanto endeble en cuanto al monitoreo y evaluación de las acciones de la propia Área de Salud. Al consultar sobre la sistematización y rendición de cuentas de los funcionarios, se constató que dicha información va, en gran medida, directamente hacia las oficinas centrales:

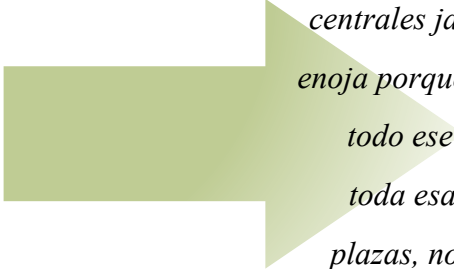
Figura 11: Instrumentos de sistematización del trabajo utilizados en el ASG2



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la información recabada, el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) es el instrumento más utilizado para sistematizar las acciones de cada servicio, pero la información que se debe suministrar es distinta para cada uno. Por ejemplo, en Nutrición deben incluir los temas abordados en sesiones grupales, cantidad de referencias recibidas y enviadas, patologías asociadas y otros, mientras que en Medicina el sistema se divide por énfasis, e incluye información sobre tratamientos, procedimientos y hasta indicadores que se deben alcanzar. Aparte del EDUS, algunos servicios deben realizar procesos de sistematización adicional. De los entrevistados, Nutrición fue el servicio con mayor cantidad de instrumentos, ya que deben completar informes, hojas de Excel y cuadros además del expediente digital.

Es necesario apuntar que los participantes no perciben que esta información tenga alguna utilidad o beneficio para mejorar sus labores, tomar decisiones, crear políticas o utilizarla de cualquier otra forma:



Llenando el EDUS ya sería más que suficiente para que en oficinas centrales jalen todos los datos como hacen con los médicos. A mi eso me enoja porque es demasiado trabajo administrativo, uno debería dedicarle todo ese tiempo a consultas. Por el momento no ha servido para nada toda esa información. En teoría nos dicen que es para que hayan más plazas, nos recalifiquen por el exceso de trabajo, un montón de cosas y no, más bien nos dan más trabajo.

Profesional del servicio de Nutrición, Área de Salud Goicoechea 2

Por otra parte, otra de las tareas de la tecnoestructura en el Área de Salud tiene que ver con lo que respecta a las inversiones, presupuestos, gastos y uso de recursos financieros. Como se ha detallado, existe el departamento financiero-contable, pero la asignación presupuestaria se realiza desde el Consejo Técnico. De acuerdo con la información recopilada, esta planificación comienza aproximadamente cada mes de Julio. Las oficinas centrales asignan una cantidad específica de dinero (la cual no fue posible conocer) y se determina cómo invertir dicho dinero.

De ahí se deben contemplar compromisos previos como planillas y salarios, contratos preestablecidos de mantenimiento, reservas para repuestos de equipo médico, medicamentos específicos que deben ser adquiridos obligatoriamente por resoluciones legales, y otros.

Según la Dirección Médica, estas partidas no pueden ser modificadas por lo que el presupuesto de estos gastos ya está comprometido. En caso de que se requieran compras de alta cuantía no contempladas en el presupuesto anual, por ejemplo, para la reparación de un equipo que se dañó repentinamente se debe solicitar una partida extraordinaria a las oficinas centrales, ya que el dinero del que dispone el Área de Salud en caja chica no es suficiente. Ante esto, la disposición

es que el ASG2 debe gastar un porcentaje del presupuesto y hasta que se gaste ese porcentaje pueden solicitar presupuestos extraordinarios. La Dirección Médica también apunta a que este manejo presupuestario se vuelve todavía más complejo al considerar que la sede del Área funciona las 24 horas del día todos los días, debido al servicio de emergencias.

E. Apoyo logístico

Finalmente, el personal de apoyo agrupa a las personas que desarrollan tareas que acompañan a las otras cuatro partes de la organización y son esenciales para la prestación de servicios, pero no están involucradas directamente en su producción.

En el caso del Área de Salud, el personal de apoyo puede verse definido en el departamento de Servicios Generales, el cual está compuesto por Ropería, Vigilancia y Aseo. Este último se ejecuta mediante la figura de contrato por servicios a una empresa privada, mientras que vigilancia tiene modalidad mixta (parte privada y parte directamente con la CCSS). Ropería cuenta con un único funcionario, quien también comparte labores con Mensajería. Cabe destacar que, en todas las sedes del Área de Salud, sea la Clínica Ricardo Jiménez Núñez o sedes de EBAIS, colaboran funcionarios en puestos como secretarías, ventanillas, centro de llamadas y otros. Sin embargo, ellos forman parte del componente de la estructura al cual forman parte y no a la tecnoestructura. Por ejemplo, la secretaria de la Jefatura de Farmacia pertenece a la línea media, y así con cada uno.

En cuanto al personal de apoyo, hay dos resultados relevantes a la luz de la estructura del Área de Salud. El primero es que predomina una coordinación por ajuste mutuo, es decir, por comunicación informal. El personal es rotado y asignado a labores diversas durante el día de acuerdo con las necesidades que se presenten en la sede del Área, a pesar de tener un nombramiento para un puesto específico. Por ejemplo, si se requiere apoyo en mensajería, ropería o centro de llamadas, esa será la labor asignada. El otro resultado es que, contrario a los profesionales del núcleo de operaciones, no se percibe ninguna autonomía, sino que por el contrario, están supeditados a las asignaciones de la jefatura inmediata (el administrador).

1.2 Acciones para la prestación de servicios

Conociendo los componentes estructurales del Área de Salud descritos en la sección anterior, es posible comenzar a identificar las acciones que se desarrollan dentro de dicha estructura, así como la forma en que se dividen y coordinan. Esto es relevante pues es necesario analizar si la promoción de la salud existe en los componentes estructurales, en las acciones del Área de Salud, en ambos o en ninguno.

Una acción corresponde a cualquier proceso, actividad, tarea o esfuerzo realizado por algún colaborador del Área de Salud de Goicoechea 2. Para este diagnóstico se incluyen las acciones sustantivas de prestación de servicios, como la atención directa a usuarios, la planificación de presupuestos, monitoreo, coordinación de equipos, apoyo, dirección y otros.

El primer resultado es la clara división entre aquello que cuente como producción y lo que no. Para entender esto hay que dar un paso atrás a la figura del inicio de este capítulo (figura 8) y posicionarse desde las oficinas centrales. Existe un departamento llamado Dirección de Compra de Servicios de Salud, el cual (como su nombre lo indica) establece parámetros mínimos que todas las Áreas de Salud deben cumplir, en relación con una asignación presupuestaria correspondiente para que el Área de Salud desarrolle sus acciones.

Estos parámetros se establecen en un documento llamado Plan Presupuesto. El Plan Presupuesto incluye más de 100 indicadores de gestión que el Área de Salud debe alcanzar anualmente, tanto desde un primer nivel como un segundo nivel de atención. Estos son exclusivamente cuantitativos, en su mayoría referidos a “Número de...”. Por ejemplo:

- Número de adolescentes que consultan por primera vez en su periodo de embarazo
- Número de adolescentes de 10 a menos de 20 años con atención odontológica preventiva de primera vez en el año
- Número de usuarios atendidos en consulta nutricional grupal
- Número de exámenes de laboratorios por consulta externa
- Número de sesiones de educación social en salud de Trabajo Social

Cada Área de Salud, y en consecuencia cada servicio, define el camino para alcanzar las metas dentro de cada indicador. A partir de eso, cada servicio define un Plan Anual Operativo con elementos como objetivos generales y específicos, actividades o procesos sustantivos, capacidad instalada, programación de la producción y fuentes de tomas de información para cada indicador.

Esto es sumamente relevante para todo el diagnóstico, debido a que prevalece la opinión de que el trabajo realmente sustantivo del Área de Salud es el que se sistematiza para cumplir con el Plan Presupuesto, conocido como “producción”, y las otras acciones no tienen tanta prioridad:

Tabla 7: Principales ideas sobre la priorización de la producción

ELEMENTO CENTRAL	IDEAS EXPRESADAS	SUJETO
La priorización de la producción afecta otras actividades	<i>... está normado que el personal tiene que trabajar 80-20, o sea 80% del tiempo tiene que ser producción, pero en realidad anda como en 60-40 porque hay demasiadas comisiones...</i>	Profesional de Trabajo Social
	<i>... a mi me piden que el médico debe tener el 80% de su tiempo en consulta, yo no lo puedo sacar de consulta para otras cosas si me tiene que cumplir con eso...</i>	Dirección Médica
	<i>... la institución tiene sus prioridades para la atención directa, nosotros como ente administrativo somos los últimos...</i>	Profesional de área administrativa
	<i>...el trabajo es complicado porque tenemos que dar resultados en producción como que fuéramos maquila, lo primordial es el paciente y ahí nos tenemos que acomodar...</i>	Profesional de Enfermería

Fuente: Elaboración propia

Entonces, de forma concreta, los participantes expresan que aquello que cuenta como producción es lo que se mide en el Plan Presupuesto, y en consecuencia lo que se reporta como el trabajo anual realizado por el Área de Salud, a pesar de que el documento no contempla la sistematización de gran parte de las acciones realizadas por los colaboradores. A continuación, se describen los mecanismos de división y coordinación de acciones encontrados en el ASG2.

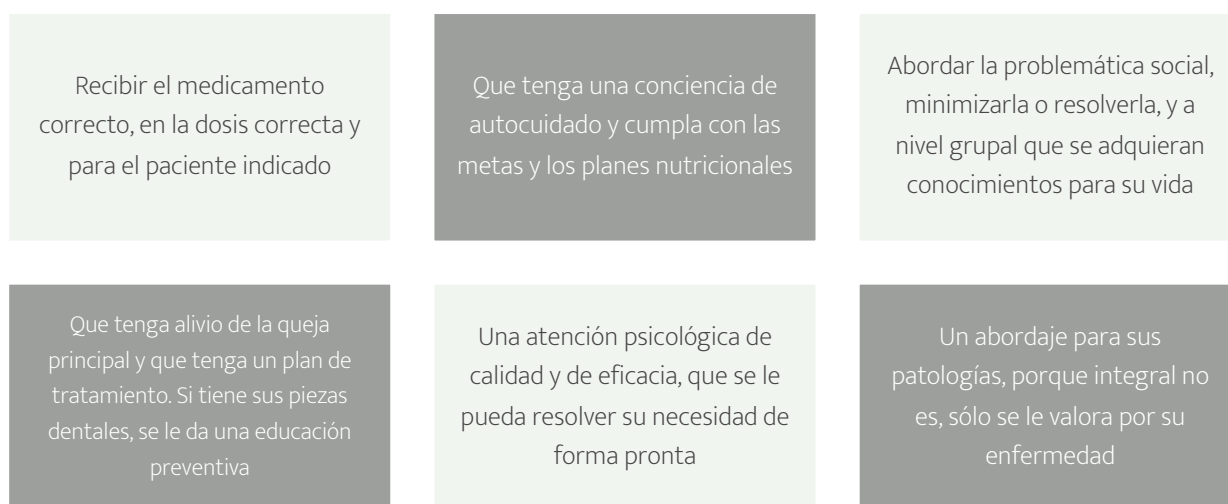
A. División de acciones

Debido a la gran cantidad de tareas por resolver, el Área de Salud de Goicoechea 2 debe segmentar su trabajo en grupos definidos, de tal forma que se facilite la prestación de servicios de salud. Tres formas posibles de agrupar las acciones que se deben ejecutar son:

- Salidas o resultados
- Características del contexto y/o usuario
- Funciones, procesos, habilidades y conocimientos

En el ASG2 predomina una división de acciones por funciones; las personas trabajan dentro de un servicio solamente. Es decir, un nutricionista no desarrolla acciones en el servicio de trabajo social, o un médico en el servicio de farmacia y así sucesivamente. Esto pareciera obvio, pero en organizaciones no agrupadas por funciones, las personas tienen la capacidad de trabajar en diversos programas al mismo tiempo, por lo que no sería extraño encontrar a un médico colaborando con un farmacéutico en una unidad específica. Sin embargo, en la división funcional del Área de Salud, esta no es la norma. Ello se observa cuando cada servicio tiene su propia percepción sobre lo que el usuario debería esperar al finalizar el abordaje respectivo:

Figura 12: Resultados que los usuarios deberían esperar de los servicios de salud, de acuerdo con las percepciones de los profesionales




Fuente: Elaboración propia

Un hallazgo importante en relación con esto es que existe una gran cantidad de comisiones a lo interno del ASG2 para diversos fines. Estas comisiones son creadas, en su mayoría, de forma permanente y bajo directriz de las oficinas centrales de la institución. Aunque quizá no sea su intención explícita, las comisiones intentan romper con esta agrupación funcional al integrar profesionales de diversos servicios en función de una necesidad, tema o resultado por alcanzar.

De acuerdo con la Dirección Médica, se estima una cantidad aproximada de entre 30 y 50 comisiones solo en el ASG2. Al entrevistar a los servicios individualmente, se logró identificar 23 comisiones:

- Gestión ambiental
- Gestión de valores éticos
- Brigadas
- Compras
- Desechos
- Vigilancia epidemiológica
- Emergencias
- Promoción de la salud
- Vacunas
- Apoyo al primer nivel
- Adolescentes
- Transición de niños a adolescentes
- Muerte materno infantil (COLAMI)
- Niño, niña o adolescente agredido (CEINA)
- Pacientes en depresión por pandemia
- Farmacoterapia
- Prevención de violencia
- Recibimiento de estudiantes
- Equipo técnico de enfermería obstétrica
- Equipo gestor, para personal de salud
- Equipo interdisciplinario de selección
- RISA, red intersectorial
- Salud sexual y reproductiva

Pero, estos no son programas o unidades dentro de la estructura de la organización, sino que son espacios horizontales (distintos a las divisiones funcionales verticales) creados de forma homogénea para todas las Áreas de Salud. Se podría pensar que, por su naturaleza, las comisiones trascienden el enfoque funcional, ya que algunas de estas se crearon de acuerdo con las características de los usuarios. Por ejemplo, la comisión de transición donde se busca articular diversos servicios para que el cambio de atención del Hospital Nacional de Niños a alguna especialidad médica del Área de Salud sea lo más amigable posible:



Se reciben referencias del Hospital de Niños para ir supervisando que esa transición de niñez a adolescencia y de tratamientos y de médicos sea lo más amigable posible para los chicos, porque vienen de una atención súper especializada en el hospital y se pasan la Clínica de adultos y a veces es como uno más; es parte de la política que tiene la Caja de servicios accesibles y amigables a los adolescentes.

Profesional del servicio de Psicología, Área de Salud Goicoechea 2

A pesar de lo anterior, todas las comisiones demandan tiempo, reuniones, sistematizaciones, redacción de actas, toma de decisiones y demás esfuerzos para lograr los objetivos. Aun así, el trabajo realizado dentro de las comisiones no se cuenta como “producción”, para el Plan Presupuesto debido al concepto que se maneja de este término explicado al inicio de esta sección. Como consecuencia, toda la sistematización se realiza en actas físicas, creando una carga adicional a las personas que deben cumplir con sus tareas diarias, además de cumplir con los objetivos de estos espacios.

B. Coordinación de acciones

Habiendo descrito la forma en que se dividen las acciones del Área de Salud, ya sea por segmento funcional o por comisión, se pasa a la siguiente etapa de identificar cómo se coordina el trabajo, o si existe alguna coordinación del todo, tanto dentro de cada servicio como entre servicios y/o departamentos. En este caso, la coordinación puede darse desde los siguientes mecanismos: ajuste mutuo, supervisión directa o estandarización (de procesos, resultados y/o calificaciones) (Proulx, 2014, p.78).

La teoría apunta a que, entre más grande la organización, mayores posibilidades hay de encontrar varios o todos los tipos de coordinación interactuando de forma paralela. Este es el caso del ASG2, pero de acuerdo con los resultados, vale mencionar que predomina una estandarización de procedimientos, en el sentido de que la amplia cantidad de circulares, directrices, políticas y manuales emitidos desde las oficinas centrales ejercen una coordinación vertical de las actividades del Área de Salud. Al consultar sobre cuánta autonomía perciben los funcionarios teniendo en cuenta esta normativa institucional, se considera lo siguiente:

Figura 13: Percepciones de los profesionales en salud sobre su nivel de autonomía en relación con la normativa institucional



Fuente: Elaboración propia

La coordinación de las acciones puede entenderse por niveles. El más básico es el uso de la comunicación informal. En un nivel intermedio se delega a una persona como responsable de coordinar directamente, y el nivel más complejo es estandarizar los procedimientos de forma clara y explícita. Este último es el de mayor predominancia en el Área de Salud en estudio, como se demostró en la figura anterior.

Ahora bien, si se baja un eslabón, cabe preguntarse si existen personas que ejerzan una supervisión directa dentro del ASG2 y que coordinen las acciones. Estas podrían ser las figuras de las jefaturas de servicios, quienes en teoría son el punto intermedio entre la dirección médica y el personal operativo. Sin embargo, los resultados demuestran que estas figuras tienen un rol de carácter predominantemente administrativo y de apoyo gerencial:

Tabla 8: Funciones principales de las jefaturas de servicios en el ASG2

ELEMENTO CENTRAL	IDEAS EXPRESADAS	SUJETO
El rol de las jefaturas de servicios es administrativo y gerencial	<i>... la jefatura se debe dedicar a la parte administrativa, se pertenece a diversos comités, se deben hacer trámites de compras, asistir al consejo técnico ...</i>	Profesional de Farmacia
	<i>... el trabajo es muy gerencial, tengo que supervisar la producción, revisión de referencias; doy pocas consultas porque la demanda de cuestiones administrativas es muy grande...</i>	Profesional de Trabajo Social
	<i>... son labores administrativas, supervisión de la consulta programada, hay que hacer la planificación del servicio en términos de lo que se pacta, vigilar que se vayan cumpliendo las metas...</i>	Profesional de Psicología
	<i>...son labores administrativas, elaboración de agendas, de informes, compras institucionales, velar por el funcionamiento en diversos escenarios, otorgar permisos, supervisar consulta, es gerencial...</i>	Profesional de Odontología

Fuente: Elaboración propia

Un resultado relevante es que estas jefaturas perciben en sus funciones el rol de la coordinación del servicio. Al observar esto de forma más específica, esta coordinación es entendida en términos de monitorear el cumplimiento de los indicadores del Plan Presupuesto, planificar agendas de consulta para alcanzar estas metas y dar apoyo administrativo. Entonces, esta coordinación no establece qué debe hacer cada persona, pues eso ya está normado en la documentación institucional, como se mencionó antes.

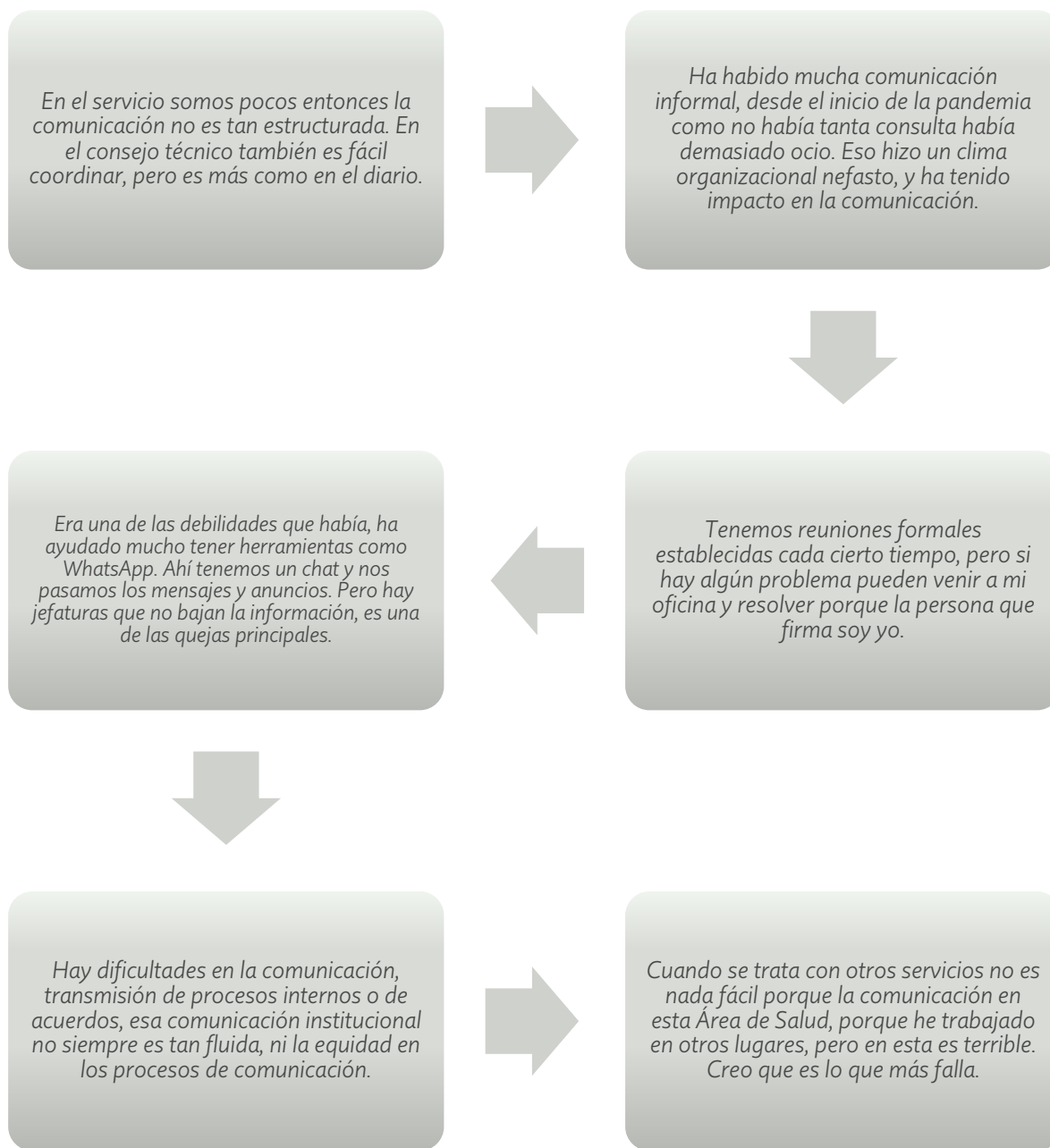
Sin embargo, el rol de la coordinación sí existe, principalmente con las labores especificadas en la tabla. De hecho, se consultó si dentro de cada servicio las actividades se coordinan, o si cada persona trabaja por aparte. Las ideas más destacables mencionadas por los sujetos detallan que:

- El proceso del servicio ya está establecido. Se asignan roles diarios y semanales dentro de cada etapa del proceso para ir rotando al personal.
- Tenemos reuniones de servicio donde evacuamos dudas de algún caso, nos retroalimentamos, se les dan indicaciones para ver qué tiene que aparecer en las notas y en el expediente y que cumplan con el mínimo que viene en los lineamientos.
- Ahorita solo tenemos dos colegas que están sincronizadas en un programa, pero que se diga que los de aquí están coordinados con los de otro lado, eso no.
- Sí tenemos espacios, cada quien tiene sus cosas que hacer y la directora está con todos los procesos, pero coordinar es fácil.
- El trabajo no se coordina, ya cada uno sabe lo que tiene que hacer, es un trabajo más independiente.
- El primer nivel coordina sus actividades, el segundo nivel por aparte, se coordinan las visitas domiciliarias, las campañas de pánico y demás.

Como se demuestra, existe también una coordinación de carácter menos formal relacionada con comunicación espontánea más que con procedimientos estrictamente reglamentados. Esto se conoce como ajuste mutuo, el nivel más básico de coordinación descrito por el autor Mintzberg. Ese ajuste mutuo se refiere a los procesos de comunicación informal, y que precisamente organizaciones de alta complejidad utilizan de forma frecuente ya que facilita el seguimiento a los procesos.

Con respecto a los procesos internos de comunicación dentro del Área de Salud, algunos de los funcionarios entrevistados opinaron lo siguiente:

Figura 14: Percepciones de los participantes sobre los procesos de comunicación en el ASG2



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los últimos dos mecanismos posibles de coordinación (estandarización de resultados o calificaciones) prácticamente ninguna respuesta a través de todas las entrevistas demostró la existencia de cualquiera de los dos en el trabajo del Área de Salud. Lo que más se

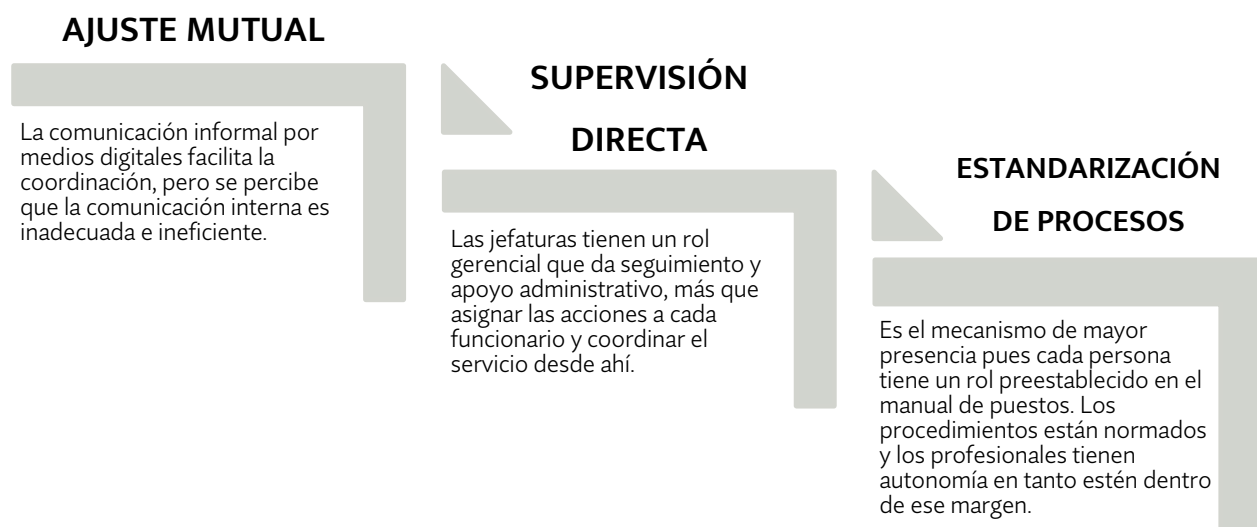
asemeja a una coordinación por estandarización de resultados es la planificación de los servicios que se realiza en función de la frecuencia de atención pactada anualmente para registrar la producción en el Plan Presupuesto. Es decir, cada servicio cuenta con sus indicadores y metas específicas de cobertura para cada indicador, desde ahí se determinan las consultas necesarias para alcanzar dicha meta.

Desde luego, el trabajo se planifica en función de los resultados. Sin embargo, ello no implica que cada servicio coordine sus acciones para alcanzar las metas. Por el contrario, los procedimientos están normados y cada persona tiene su rol asignado, mientras que la Jefatura da el seguimiento administrativo a las agendas para verificar que se cumpla con la frecuencia de consulta y las metas pactadas en el Plan Presupuesto.

Finalmente, la estandarización por calificaciones podría analizarse desde el manual de puestos de la institución, con el cual se establece la preparación necesaria para cada funcionario, y la persona se contrata con base en esos requisitos. Sin embargo, los funcionarios no poseen completa autonomía para su trabajo a partir de sus calificaciones, ya que no sólo existe el manual de puestos, sino también toda la normativa interna que regula los procedimientos.

De esta forma, los mecanismos de coordinación de las acciones del Área de Salud se pueden resumir de la siguiente forma:

Figura 15: Mecanismos de coordinación identificados en el ASG2



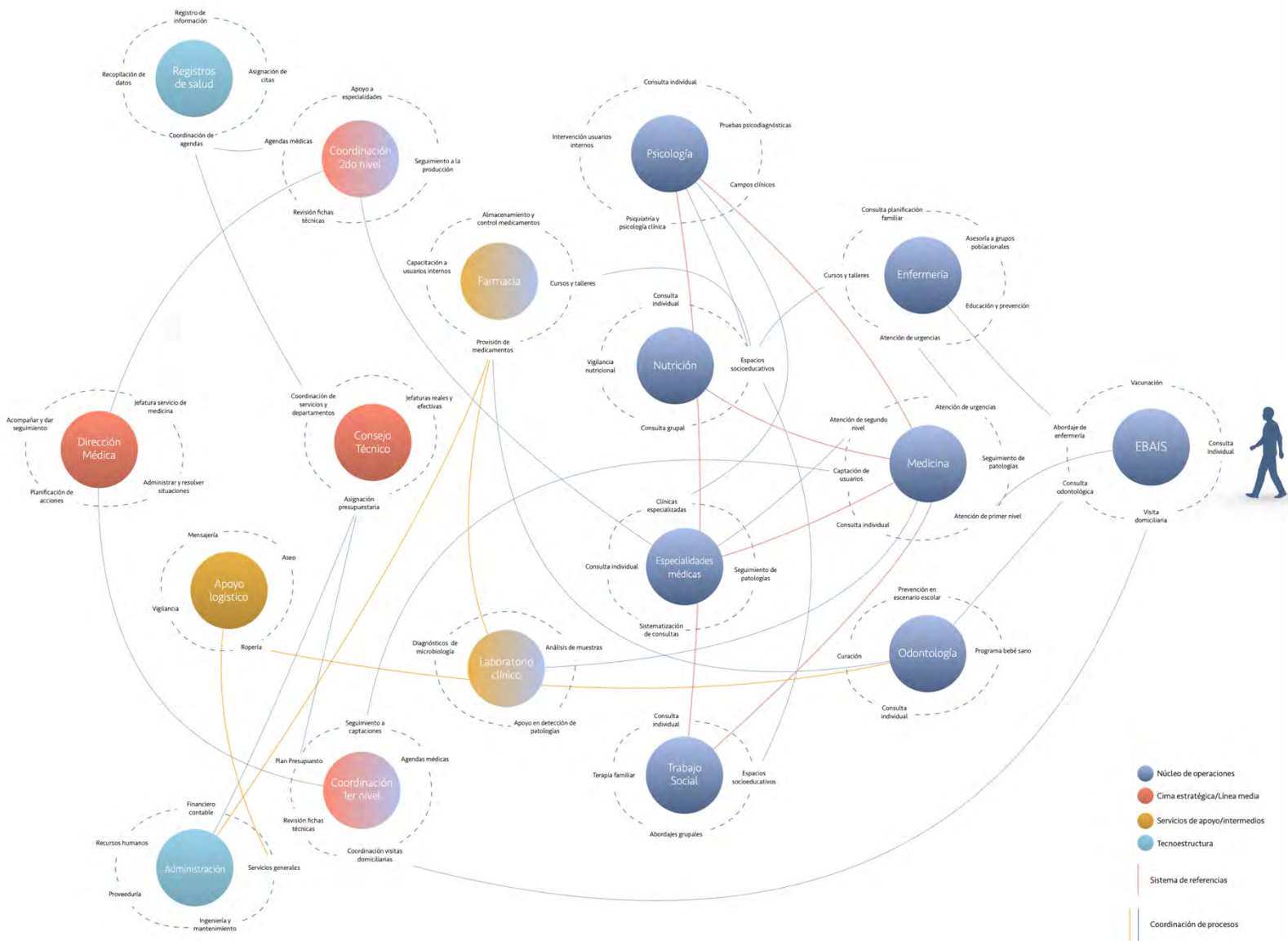
Fuente: Elaboración propia

Para finalizar este primer capítulo, la siguiente página (figura 16) contiene un mapa sistémico de elaboración propia que ilustra las interrelaciones de los diferentes servicios, departamentos y componentes de la estructura organizacional del Área de Salud en estudio. Cabe destacar que se contempla la información recopilada, y no es exhaustivo de todas las acciones, programas y servicios de Goicoechea 2.

En resumen, la estructura organizacional del Área de Salud de Goicoechea 2 puede describirse mediante los cinco grandes componentes propuestos por Henry Mintzberg (2005), así como los mecanismos en que se dividen y agrupan las acciones para la prestación de servicios de salud. Es importante señalar que esta mirada no es exhaustiva, pues no todos los servicios y departamentos formaron parte de la recolección de datos. Sin embargo, este esfuerzo brinda detalles importantes sobre realidades, aciertos y retos existentes dentro del Área de Salud, los cuales son en su mayoría de carácter estructural y administrativo. Esto es de suma relevancia pues la promoción de la salud forma parte de este sistema, y para comprender cuál es el estado de este servicio se debe girar la mirada a cada una de las partes de la organización.

El siguiente capítulo presentará los resultados relacionados al segundo objetivo específico de esta investigación, correspondiente a la caracterización de acciones de promoción de la salud en el primer nivel de atención. Se decidió mirar a todo el primer nivel y no solamente al Área de Salud de Goicoechea 2 pues la CCSS es una sola institución y es importante analizar las experiencias de los profesionales en promoción de la salud pues ellos y ellas tienen información valiosa que apoya el diagnóstico completo de la situación. Su experticia reveló información importante sobre el estado de la promoción de la salud en la institución, y posibles causas del problema de estudio que explican qué sucede con este servicio, y porqué su prestación en Goicoechea 2 presenta retos significativos.

Figura 16: Mapa sistémico de la estructura organizacional, Área de Salud Goicoechea 2



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 2

Promoción de la salud desde la gestión para resultados

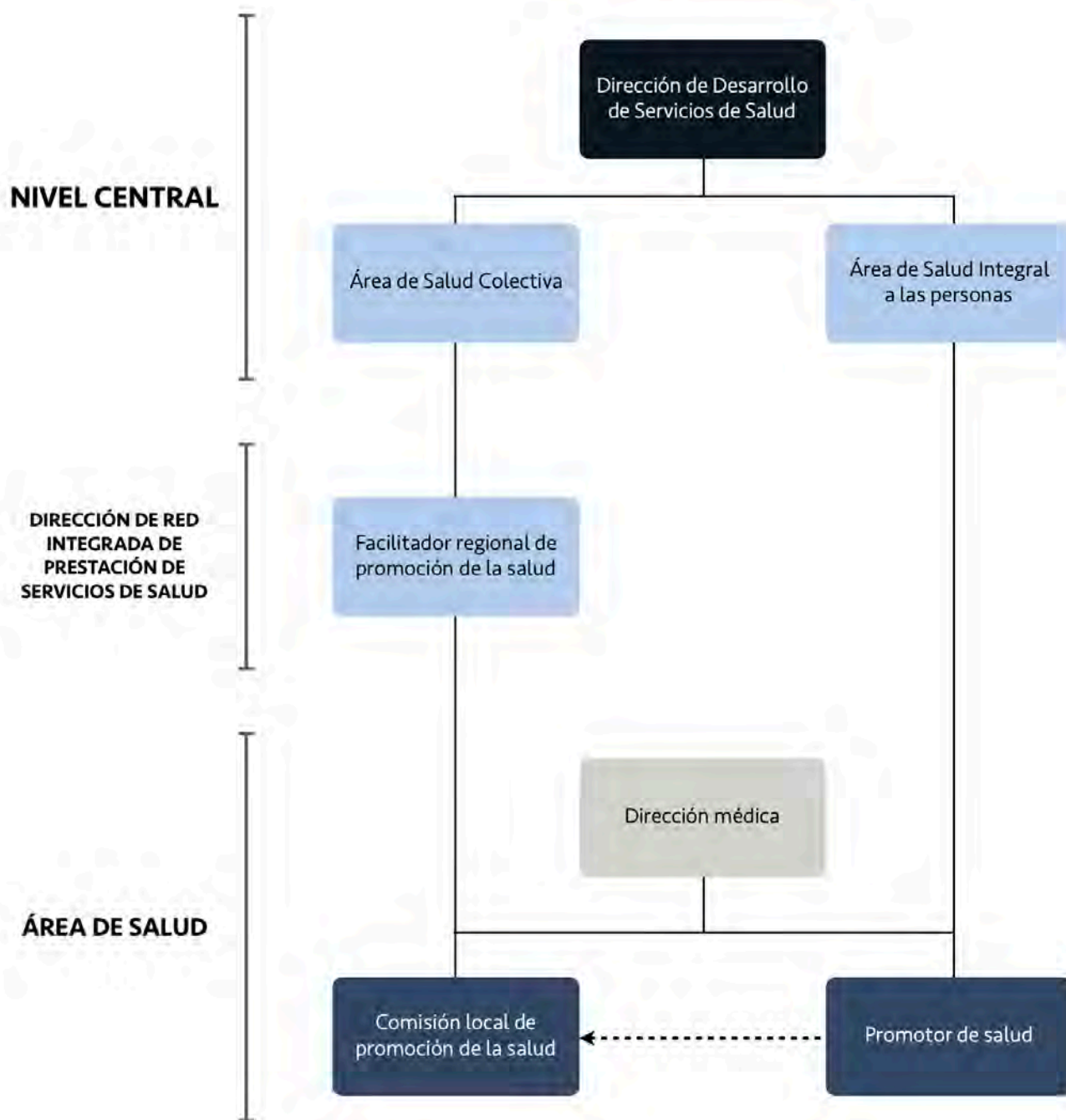
En esta segunda parte del diagnóstico se presentan a detalle los resultados de una sustanciosa recopilación de información desde diversas fuentes. En primer lugar, se cuenta con tres entrevistas a profesionales en promoción de la salud de diferentes Áreas de Salud de la CCSS, y dos a profesionales que laboran para el nivel central de la institución, los cuales tienen un vínculo con las acciones de promoción de la salud (en adelante P.S.) que se desarrollan en el primer nivel de atención. Para el resguardo de la confidencialidad de los participantes, y en apego a los principios éticos de esta investigación, no se especificarán sus nombres o puestos de trabajo. Sin embargo, cabe resaltar que uno de ellos forma parte del Área de Salud Colectiva, instancia coordinadora de la Comisión Local de P.S., mientras que el otro formó parte del equipo de coordinación y contratación de los profesionales en promoción de la salud.

Adicionalmente, se elaboró un Metaplan con la Comisión Local de Promoción de la Salud (CLPS) del ASG2, donde participaron seis profesionales, teniendo también otra entrevista semi-estructurada con una persona miembro de dicha CLPS. Finalmente, la revisión documental permitió localizar tres escritos relacionados con el objeto de estudio de esta investigación. En total, 11 profesionales participaron para dar respuesta a este segundo objetivo específico.

Como se mencionó en la metodología, se realizó una adaptación de los componentes de la cadena de resultados (MIDEPLAN, 2016) para generar un acercamiento a la forma en que se están desarrollando las acciones de P.S. en el primer nivel de la institución. Adicionalmente, dada la naturaleza propia de la P.S., sus múltiples enfoques, teorías y modelos de abordaje, se tomó la decisión de incorporar este componente para valorar si la perspectiva teórica es también una categoría que incide en el tipo de acciones que se ejecutan. Con base en lo anterior, este acápite se divide en 5 secciones: perspectivas sobre los conceptos de salud y P.S., resultados de la promoción de la salud, procesos de promoción de la salud, insumos para la promoción de la salud y población usuaria de la promoción de la salud.

Es importante comenzar por cómo se organiza la promoción de la salud en la institución. La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud se encarga principalmente de elaborar manuales, guías y documentos de carácter vinculante que estandarizan procesos y acciones de los servicios de salud que la institución brinda. Dentro de dicha Dirección, el Área de Salud Colectiva cuenta con un equipo de trabajo dedicado a la asesoría técnica de promoción de la salud. Algunas de sus funciones son la definición de políticas y estrategias institucionales, desarrollo de planes y programas, construcción de alianzas interinstitucionales, implementación de procesos de capacitación y otros, todo en materia de promoción de la salud (CCSS, 2011, p.1). Gracias a las entrevistas con los diversos participantes, es posible re-construir los eventos que llevaron a los profesionales en promoción de la salud a incorporarse a la institución.

Figura 17: Mapa de la organización de la Promoción de la Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, 2022



- Asesoría técnica
- Conducción administrativa
- Órganos operativos

- | Autoridad jerárquica
- ⋮ Coordinación*

*La coordinación de la CLPS por parte del Promotor de Salud no se da en todas las Áreas de salud.

Cuando la CCSS decide contratar a profesionales en promoción de la salud, se hace el perfil profesional “basado en el plan de estudios de la carrera de Promoción de la Salud (Universidad de Costa Rica) así como con el de la carrera de Planificación Económica y Social (Universidad Nacional)” al considerar que ambas tienen un enfoque similar. La contratación se realiza con base en las necesidades detectadas en un programa de enfermedades crónicas no transmisibles, y se decide incorporar a siete profesionales en distintas Áreas de Salud de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte. Estos profesionales se encuentran en las Áreas de Salud de Santa Bárbara, Atenas, Heredia-Cubujuquí, Tibás-Uruca-Merced (Clínica Clorito Picado), Palmares, Zarcero y Santo Domingo.

Ahora bien, “cuando se hizo el perfil, esa coordinación con estos profesionales, con el manejo técnico teórico administrativo no se dio” con el Área de Salud Colectiva. “Hay un criterio técnico de recursos humanos donde dice que la responsabilidad técnica” y la asesoría recae sobre el Área de Salud Integral a las personas, específicamente el equipo que coordina el programa de enfermedades crónicas, mientras que la conducción administrativa corresponde a la Dirección Médica del Área de Salud. De esta forma, como se muestra en el mapa, el profesional en promoción de la salud “no tiene jefaturas ni coordinadores nacionales”, sino que sólo tiene vínculo con la Dirección Médica y el Área antes mencionado, no con Salud Colectiva.

En el nivel regional existe un(a) facilitador(a) que asesora y da seguimiento a la CLPS, desarrolla planes y programas regionales, comunica directrices, evalúa y vela por el cumplimiento de estrategias (CCSS, 2011, p.3). De esta forma, a nivel de Área de Salud la CLPS, liderada por un coordinador, deberá velar por la inclusión de la Promoción de la Salud en planes anuales, tácticos y otros que se realicen en el Área, deben elaborar un plan de acción, ejecutar los procesos, fomentar acciones que promuevan una cultura de vida saludable, coordinar acciones interinstitucionales, redactar proyectos, evaluar las acciones, capacitar a otros profesionales y demás (CCSS, 2011, p.7).

En algunas de las siete Áreas de Salud, el profesional en promoción de la salud ejerce el rol de la coordinación de la CLPS. En esos casos, las acciones que realiza el profesional como coordinador de la comisión sí son evaluadas por el Área de Salud Colectiva, mientras que las acciones que realiza como profesional aparte de la CLPS no son evaluadas anualmente en el Plan

Presupuesto del Área de Salud, pues no existen indicadores específicos para los profesionales más sí para la CLPS. Sobre esto, se presenta a detalle lo encontrado en la sección de resultados de promoción de la salud de este mismo capítulo.

2.1 Perspectivas sobre los conceptos de salud y promoción de la salud

En primer lugar, se consultó a los participantes sobre sus perspectivas del concepto de salud y promoción de la salud. Los resultados demuestran que existen tantas definiciones del concepto de salud como participantes hubo en el trabajo. Sin embargo, existe coincidencia en que la salud se ve influenciada por elementos del contexto de la población:

Tabla 9: Principales ideas sobre el concepto de salud

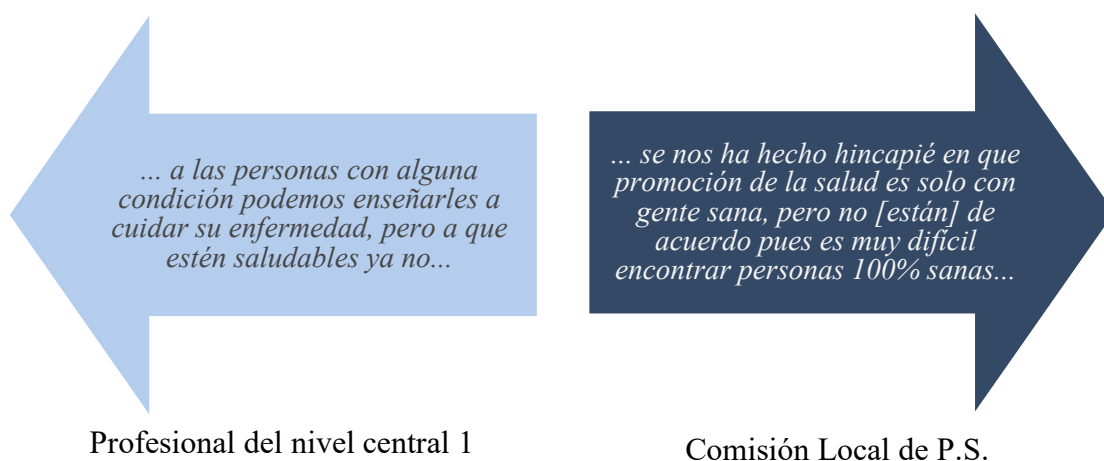
ELEMENTO CENTRAL	IDEAS EXPRESADAS	SUJETO
Salud es influenciada por elementos del contexto	<i>... es un continuo equilibrio en los diferentes ámbitos de la vida...</i>	Profesional en P.S.
	<i>... está relacionada con todos los aspectos de nuestra vida...</i>	Profesional en P.S.
	<i>... es un proceso en el que tienen que interactuar todos los servicios, no solo los de la CCSS...</i>	Profesional en P.S.
	<i>...libre de enfermedades físicas, mentales, sociales, económicas y el medio ambiente...</i>	CLPS
	<i>... no es solo la ausencia de enfermedad, hay que sacar los servicios de las cuatro paredes...</i>	Profesional del nivel central 2

Fuente: Elaboración propia

En relación con esto, la directriz DRSS-RH-3373-11 emitida en el 2011 pero con vigencia a la actualidad, establece la organización y funcionamiento de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud. Dicho documento especifica que “las personas que integren las Comisiones Locales de Promoción de la Salud deben compartir un concepto de salud como producto social” (CCSS, 2011, p.6), lo cual guarda relación con las experiencias y perspectivas de los profesionales entrevistados.

Habiendo establecido qué se entiende por salud, los sujetos expresaron sus ideas sobre lo que significa para ellos la promoción de la salud. Uno de los resultados más importantes del diagnóstico tiene que ver precisamente con esto, pues existe una distancia importante entre las posiciones de los participantes. Por un lado, se considera que promoción de la salud debe desarrollarse solamente con personas sanas. Por otro lado, se considera que la promoción de la salud debe ser accesible para cualquier grupo poblacional. Esto se demuestra en la siguiente figura:

Figura 18: Diferencias sobre las perspectivas de Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, el profesional del nivel central explica que “la Caja perdió su oportunidad” para trabajar la P.S. con personas que tengan algún padecimiento, y que “debe apostar a niños, niñas y adolescentes que les podamos empezar a modificar esas condiciones para que a lo largo de su vida estén saludables”. A la inversa, la CLPS expresa que el argumento anterior se ha justificado explicando que “en el momento en el que se encuentra una enfermedad sería prevención, pues el proceso se debe enfocar en que el estado no empeore”. Sin embargo, “se estaría excluyendo a casi toda la población bajo ese pensamiento”.

Por otra parte, un resultado relevante es que la mayoría de participantes considera que el fin principal de la promoción de la salud es la educación para la salud, pero ésta se entiende desde múltiples metodologías y estrategias, como se demuestra en la tabla 10. Es decir, algunos participantes consideran que la educación para la salud debe basarse en los factores protectores y cambios de conductas, mientras que otros la perciben desde la generación de competencias.

Sobre esto, el lineamiento L.GM.DDSS.ASC.PS.141021, el cual establece las pautas para el desarrollo de acciones de educación en salud por parte de las CLPS, emitido por el nivel central, se acoge a la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (CCSS, 2021, p.3):

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Tabla 10: principales ideas sobre el concepto de promoción de la salud

ELEMENTO CENTRAL	IDEAS EXPRESADAS	SUJETO
Estrategias educativas como eje principal de la P.S.	<i>... se requiere de un proceso sostenido donde las personas tengan conocimiento sobre cómo cuidar su salud...</i>	Profesional del nivel central 1
	<i>... es cambiar el modo de vida, son procesos de concientización...</i>	Profesional en P.S.
	<i>... se debe ofrecer un proceso educativo que les permita a ellos ir empoderándose para que tomen mejores decisiones...</i>	Profesional del nivel central 2
	<i>...tiene que ver con un reaprendizaje, mejorar la calidad de vida de una forma integral, no todo es correctivo...</i>	Profesional en P.S.
	<i>... yo lo visualizo desde la generación de competencias para que la población pueda tener una mejor salud...</i>	Profesional en P.S.
	<i>... debe ser llegarle a la comunidad, educarla para que se empodere...</i>	CLPS

Fuente: Elaboración propia

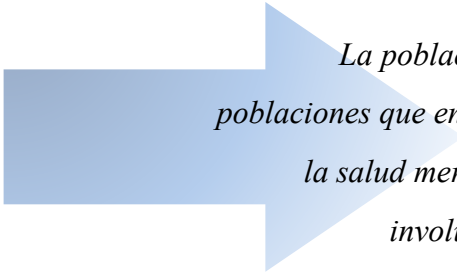
En otro orden de ideas, un resultado relevante es que ninguno de los 11 participantes hizo alusión a los determinantes de la salud cuando se refirieron al concepto de promoción de la salud, pero al continuar leyendo la directriz mencionada hace algunos párrafos, se menciona que “las personas que integren las Comisiones Locales de Promoción de la Salud deben compartir un

concepto de salud como producto social, por lo que deben considerar en el planeamiento y ejecución de los procesos, los diversos determinantes de la salud” (CCSS, 2011, p.6). Aquí es importante recalcar que esta directriz es válida solamente para la CLPS, y no para los profesionales en promoción de la salud.

2.2 Resultados de la promoción de la salud

El componente más importante del modelo de gestión para resultados es precisamente el conjunto de resultados que se fijan en función de productos (inmediatos) y metas a mediano y largo plazo. A todos los participantes se les consultó: ¿cuáles diría que son/deben ser los principales resultados, efectos o impactos que se generan por el desarrollo de procesos de promoción de la salud desde el Área de Salud? Con ello, se buscaba valorar si existen indicadores específicos, tanto para la CLPS como para los profesionales, así como cuáles otras metas consideran son necesarias para medir el éxito de los procesos de P.S. MIDEPLAN (2016, p.15) define como resultado “el beneficio de mediano o largo plazo provocado por el disfrute de los bienes y servicios” así como “los cambios sociales esperados o en la calidad de vida de los ciudadanos”

En general, los participantes consideran que el principal resultado es la mejora en la salud de la población. Sin embargo, cada uno tuvo aportes distintos específicos que son importantes de detallar. Uno de ellos es que la promoción de la salud permite un cambio en la perspectiva de salud que tiene la población, especialmente al ver a profesionales desde los servicios de salud desarrollando otro tipo de procesos que no tienen que ver con curación o atención de enfermedades:



La población ve la presencia de nosotros como funcionarios dentro de poblaciones que en su momento no se sentían como parte de, porque ellos veían la salud meramente como “si me enfermo voy ahí”. Ya se ve que estamos involucrándonos en la comunidad y haciéndolos parte del trabajo.

Profesional en Promoción de la Salud

Sobre esto mismo, ese cambio en la perspectiva sobre lo que significa la salud y promoción de la salud también debe darse en los profesionales que laboran en la institución, actores políticos y otros. Es decir, un fin de la promoción de la salud es educar sobre lo que es la promoción de la salud:

Tabla 11: Principales ideas sobre uno de los resultados de la promoción de la salud

ELEMENTO CENTRAL	IDEAS EXPRESADAS	SUJETO
Un resultado de la P.S. es el cambio de perspectiva sobre lo que ella significa	<i>... hace falta bastante en el proceso educativo hacia los funcionarios para que se comprometan con esto, que conozcan la importancia...</i>	Profesional del nivel central
	<i>... hay que comenzar con procesos de concientización y educación en el Área, al personal, médicos, ATAPs...</i>	CLPS
	<i>... convencer y sensibilizar a la gente que toma decisiones en niveles políticos, consejos municipales...</i>	Profesional del nivel central
	<i>...comenzar con el posicionamiento de nosotros como profesionales, para visualizarnos como algo más que pura educación...</i>	Profesional en P.S.
	<i>... hay que convencer a las jefaturas que crean en la promoción de la salud, si no creen no funciona...</i>	Integrante de CLPS

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los aportes que la promoción de la salud da al primer nivel de atención de la CCSS se puede analizar la mejora en la capacidad de gestión y co-gestión de la salud. Sobre esto, un participante destaca que en muchos casos las Áreas de Salud no tienen equipos de trabajo consolidados, y/o no conocen a cuáles otros actores institucionales se puede acudir. “El hecho de contar con un equipo de trabajo, saber las habilidades y las capacidades de cada persona o de diferentes servicios para poder delegar” genera un aporte importante a la mejora en la prestación de los servicios de salud:

La conformación de comisiones activas y responsables, eso muchas veces no existe. Asociaciones, grupos de actores comunales participativos. Contar con una lista de actores, no teníamos una lista de instituciones. Antes solo era CCSS y Ministerio, ahora participan muchos otros, esa articulación efectiva y activa es un gran resultado.

Profesional en Promoción de la Salud

Siempre en esta línea, otro de los grandes resultados de la promoción de la salud mencionados por los participantes tiene que ver con la auto-gestión de la salud y el rol de las personas en la participación activa en su proceso de salud. “La idea es que las personas lleguen a adultos y adultos mayores saludables”, “empoderadas en el manejo de su salud”. También, la idea es que “las personas a las que les estamos prestando estos servicios tomen decisiones saludables en el amplio sentido de la vida, en cómo se comunican y mantienen relaciones interpersonales, se alimentan y se mantienen activos”. Por el mismo lado, se ve que las personas se organizan solas, “no quieren que los proyectos se terminen, quieren que los sigamos tomando en cuenta y se organizan ellas mismas” para planificar acciones.

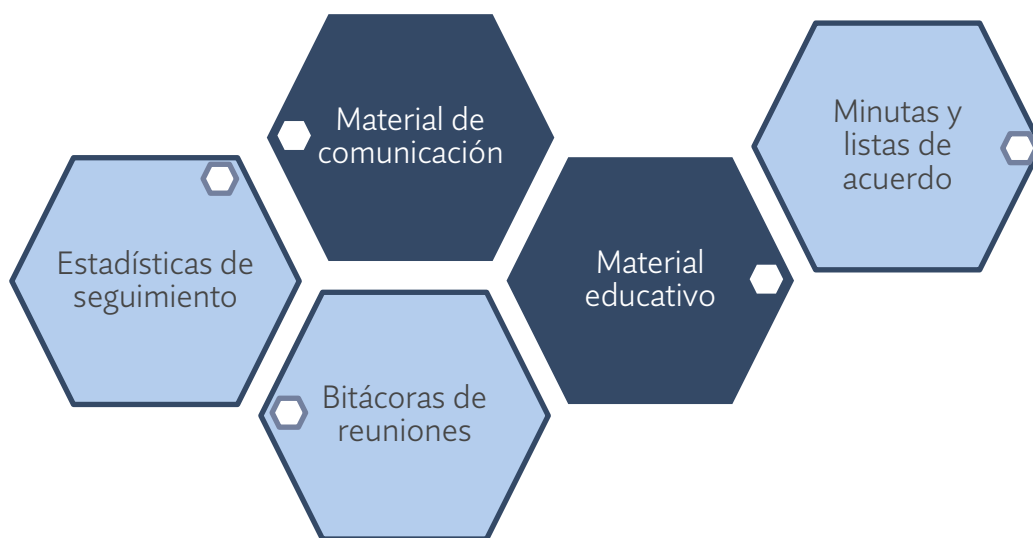
Ahora bien, vale la pena recabar información emitida en documentación oficial de la CCSS, en relación con resultados o metas que tiene la institución y que son asociables a la promoción de la salud. Algunas de las metas que plantea el Plan Estratégico Institucional en esta línea son:

- Priorización de las labores de promoción de la salud con enfoque en las personas, familias y comunidades y curso de vida.
- Fortalecimiento del modelo de atención y la capacidad de gestionarlo, con un enfoque centrado en el usuario, y curso de vida, bajo criterios de eficiencia, calidad y oportunidad.
- Promoción de la igualdad y la equidad en la atención de la salud y en el financiamiento de los programas y servicios, con énfasis en poblaciones vulnerables.

- Fortalecimiento de la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral e integrado de la persona adulta mayor, con la finalidad de responder a sus necesidades acorde con la demanda del envejecimiento poblacional del país.
- Fortalecimiento del Primer Nivel convirtiéndolo en el eje coordinador de la atención primaria en salud, con capacidad resolutive para la mayoría de los problemas de salud de la población y mejorando el acceso a los servicios.
- Desarrollo de modalidades innovadoras de prestación de servicios y de gestión, para el abordaje integral y articulado de las principales causas, eventos y factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad de la población.

En cuanto a resultados a corto plazo asociados principalmente a metas de cumplimiento anual y productos obtenidos por actividades del día a día, se pueden resaltar los mencionados por los profesionales de promoción de la salud:

Figura 19: Productos a corto plazo por acciones en promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia

Precisamente sobre este tema, los participantes fueron consultados sobre el seguimiento y la evaluación que se realiza a las acciones en P.S. del primer nivel, con el fin de identificar estos resultados a corto plazo. Sobre esto se encontró que el Plan Presupuesto de cada Área de Salud

incluye indicadores cuantitativos relacionados con las acciones de promoción de la salud. Sin embargo, estos solo aplican para la CLPS y no para los profesionales. Ellos no cuentan con ningún indicador en este instrumento.

Los indicadores específicos para la CLPS, de acuerdo con la circular DRSS-1352-19, son:

A1-59

- Número de proyectos que se ejecutan bianualmente en forma interdisciplinaria, centrados en los factores protectores de la salud de las personas, donde se evalúa semestralmente la aprehensión de conocimientos y prácticas saludables en alimentación saludable, actividad física, salud mental y salud oral.

AD-12

- Número de proyectos que se ejecutan bianualmente en forma interdisciplinaria, centrados en los factores protectores de la salud de las personas, donde se evalúa semestralmente la aprehensión de conocimientos y prácticas saludables en otros ejes temáticos, que no sean alimentación saludable, actividad física, salud mental y salud oral.

Debido a la pandemia de COVID-19, y a la suspensión de cualquier actividad grupal presencial ejecutada desde la CCSS, se dio un alto a estos proyectos y se priorizaron acciones educativas virtuales. Para ello, se estableció el siguiente indicador de cumplimiento (CCSS, 2021):

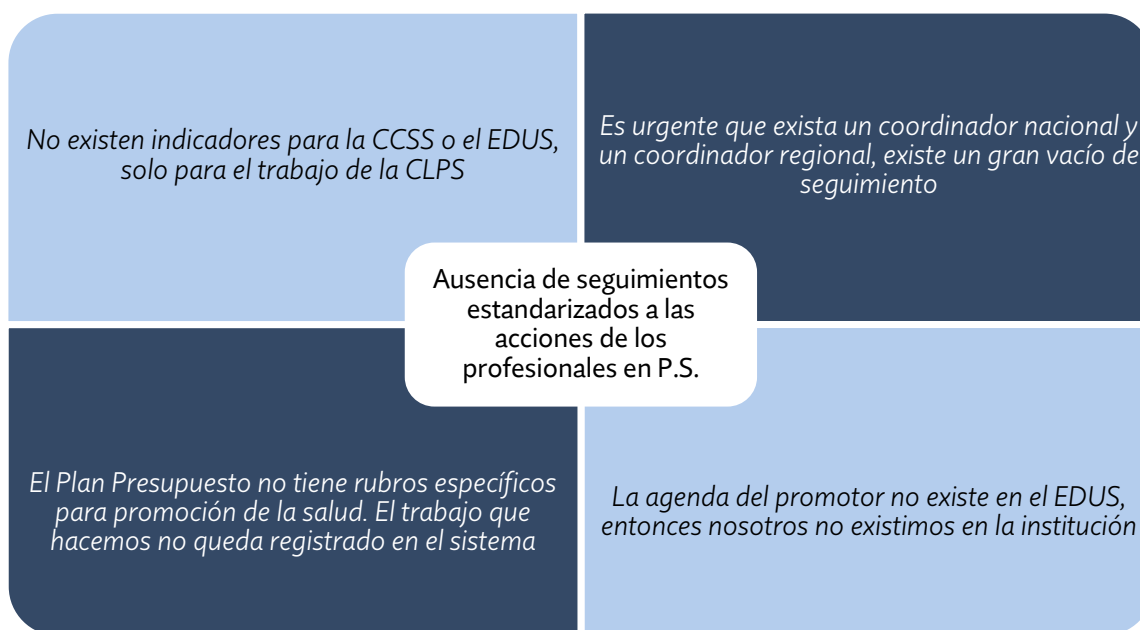
- Número de acciones de educación de salud desarrolladas a través de medios de comunicación alternativos, por parte de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud, sobre los siguientes ejes temáticos: actividad física, alimentación saludable, hábitos de higiene, salud bucodental y habilidades para la vida.

Un resultado muy importante, del cual se hará un extenso análisis en el capítulo tercero, es que diversos servicios dentro del Área de Salud identifican diversas acciones de promoción de la salud enfocadas desde sus respectivas disciplinas. Inclusive, algunos servicios tienen indicadores con el término de “promoción de la salud” dentro del Plan Presupuesto, y dentro de las acciones diarias que deben reportar. Por ejemplo, en el caso de Odontología los profesionales

deben sistematizar sus acciones diarias y clasificarlas en el tipo de intervención o atención que se realiza; una de las categorías corresponde a promoción de la salud. Ahora bien, estas acciones que realiza cada servicio no tienen relación con la CLPS o el Área de Salud Colectiva, y por ende no son evaluadas desde este componente.

Siguiendo con este tema, un dato relevante es que los participantes perciben que la promoción de la salud como servicio no existe, citando como una de las causas la falta de instrumentos estandarizados que incorporen el seguimiento de los procesos al monitoreo de las demás acciones que realiza el Área de Salud.

Figura 20: Principales ideas sobre el seguimiento a las acciones de los profesionales en P.S.



Fuente: Elaboración propia

Ante esto, se destacan diversas estrategias que cada Área de Salud con este profesional ha tomado para sistematizar la labor que realizan, dado que sí es usual que diversas instancias del nivel central soliciten reportes sobre algún tema en específico sin previo aviso. Los participantes relatan que “un viernes por la tarde” el departamento de estadística solicita un reporte sobre las acciones en promoción de la salud que se hayan dado durante el año y hasta ese momento, por ejemplo, para atender la situación de obesidad en el Área de Salud.

Para ello, se tienen informes de logros anuales, informes de logros en promoción de la salud, informe de acciones cada trimestre, informes mensuales, rutas de atención, registros en plataformas virtuales, planes operativos y otros. De hecho, se mencionó el diseño de indicadores de gestión específicos para promoción de la salud, así como herramientas en hojas de cálculo que sistematizan los temas abordados, talleres, listas de asistencia, proyectos por poblaciones, evidencias, evaluaciones y otros.

Un aporte importante a esta discusión va en la línea de la necesidad de re-pensar la forma en que se evalúan las acciones de promoción de la salud. Como se mencionó, los profesionales en P.S. no poseen indicadores en el Plan Presupuesto, y los de la CLPS son meramente cuantitativos. Sobre esto se pueden resaltar dos ideas de profesionales del nivel central:

La institución es numérica. La CCSS es tantas consultas, tantas camas, tantos medicamentos distribuidos, tantas vacunas puestas. Nosotros no podemos ser numéricos porque somos muy poquitos. Se requiere de un proceso sostenido y nosotros tenemos que cumplir resultados de valor público.

Los indicadores de evaluación tienen que estar direccionados a un tema de procesos, no tanto resultados. El sistema de servicios de salud tiene en mente un tema de números, lastimosamente. Para la promoción de la salud creo que sí debería hacerse una adaptación y que se le dé más énfasis a indicadores de proceso.

2.3 Procesos de promoción de la salud

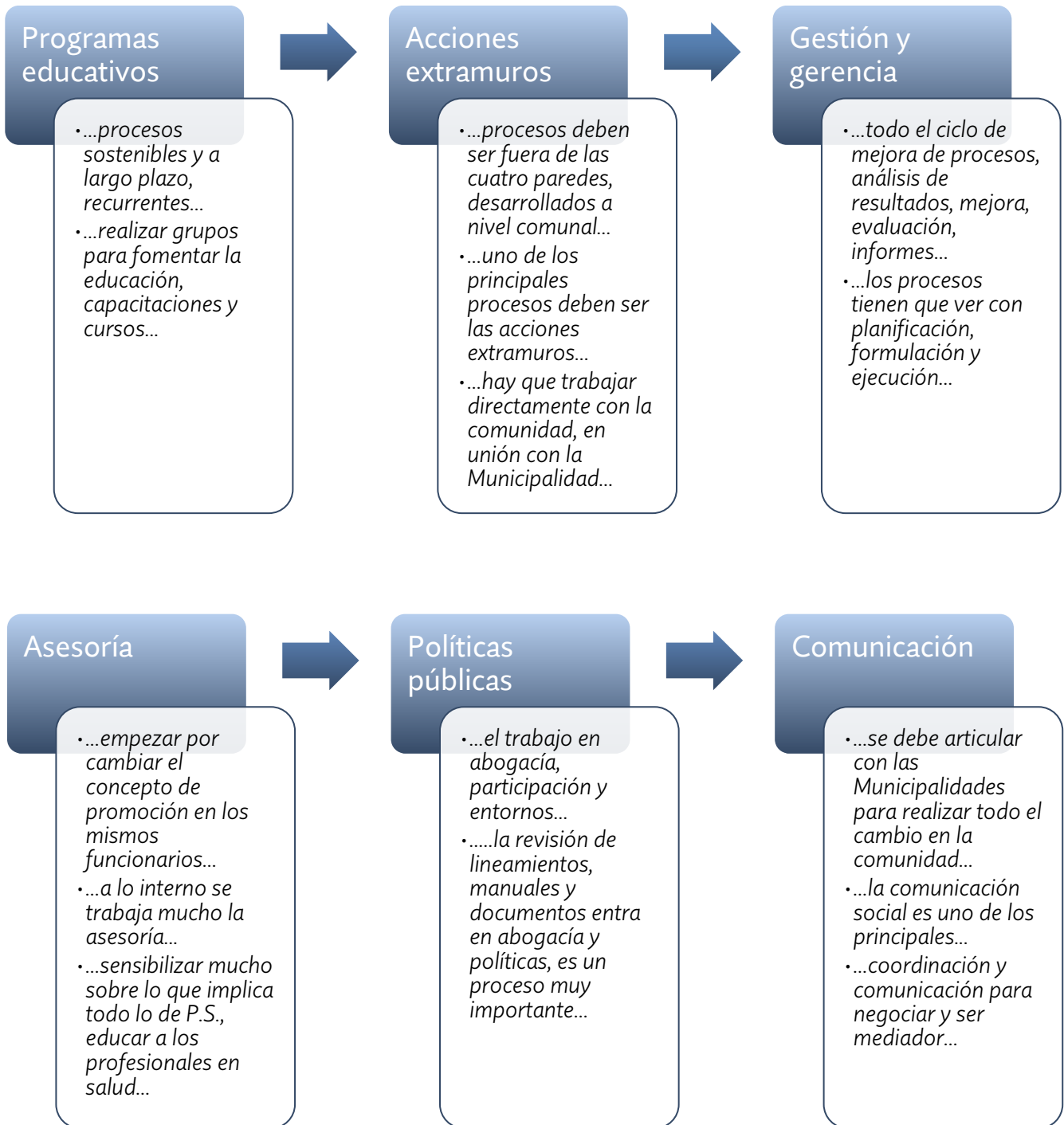
Habiendo definido los resultados de la promoción de la salud, el siguiente paso es reconocer los procesos que se dan para alcanzar estas metas. Los participantes respondieron cuáles consideran que son los principales procesos de promoción de la salud a nivel de Área de Salud, sin embargo, ello no implica que los mencionados necesariamente están estructurados desde el método de proceso como tal (es decir opuesto a la estructura funcional).

Los resultados demuestran una gran variedad de procesos centrales de la promoción de la salud, indicativo de la adaptación de dichos procesos a la realidad y a las necesidades del Área de Salud. En la figura 21 se detallan los principales resultados de las entrevistas, agrupados por categorías donde hubo coincidencia de respuestas.

En esa misma línea, otra fuente de información de donde se pueden extraer los procesos actuales de promoción de la salud a nivel de Área de Salud, es la documentación con la cual la CLPS debe basar su quehacer. Se menciona que el objetivo principal de este grupo es “planear, organizar, ejecutar, dirigir, coordinar, asesorar, monitorear y evaluar el accionar del Área de Salud en el componente de Promoción de la Salud” (CCSS, 2011). Para ello, se desarrollan las siguientes acciones:

- Fomentar acciones participativas que promuevan una cultura de vida saludable
- Coordinar con instancias institucionales y otras instituciones, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunales
- Preparar informes sobre las acciones, redactar proyectos de promoción de salud, según las necesidades de salud
- Evaluar semestral y anualmente el Plan Local de Promoción de la Salud
- Preparar y dictar charlas sobre promoción de la salud

Figura 21: Procesos de promoción de la salud identificados por los participantes



Fuente: Elaboración propia

Siguiendo con lo que menciona la documentación institucional, el Plan Estratégico Institucional vigente detalla lo siguiente con respecto a las acciones de promoción de la salud que se deben dar en la institución:

- Implementación de espacios de participación social, actividad física y campañas de alimentación adecuada para la promoción de un envejecimiento saludable, activo y autónomo
- Impulso de una mayor participación interinstitucional e intersectorial en las acciones desarrolladas por la Institución en promoción de la salud
- Implementación de acciones de educación en salud, con participación social, sobre estilos de vida y entornos saludables

Así también, otro documento oficial de la CCSS que detalla las acciones de la promoción de la salud para el primer nivel de atención es el Manual de Puestos, específicamente el puesto de “Promotor de salud”, código 1327. Algunas de estas acciones son:

- Participar en el diagnóstico de salud de la comunidad y sistemas de registro asociados a determinantes de la salud.
- Facilitar el proceso de trabajo en los equipos interdisciplinarios institucionales
- Participar en equipos interinstitucionales para la formulación de propuestas y abordaje de los determinantes de salud.
- Diseñar estrategias de participación social, comunicación social y educación para la salud
- Participar en la articulación de redes interinstitucionales a nivel local para la ejecución de propuestas de atención
- Realizar labores profesionales de asesoría, capacitación y orientación en el área de promoción de la salud

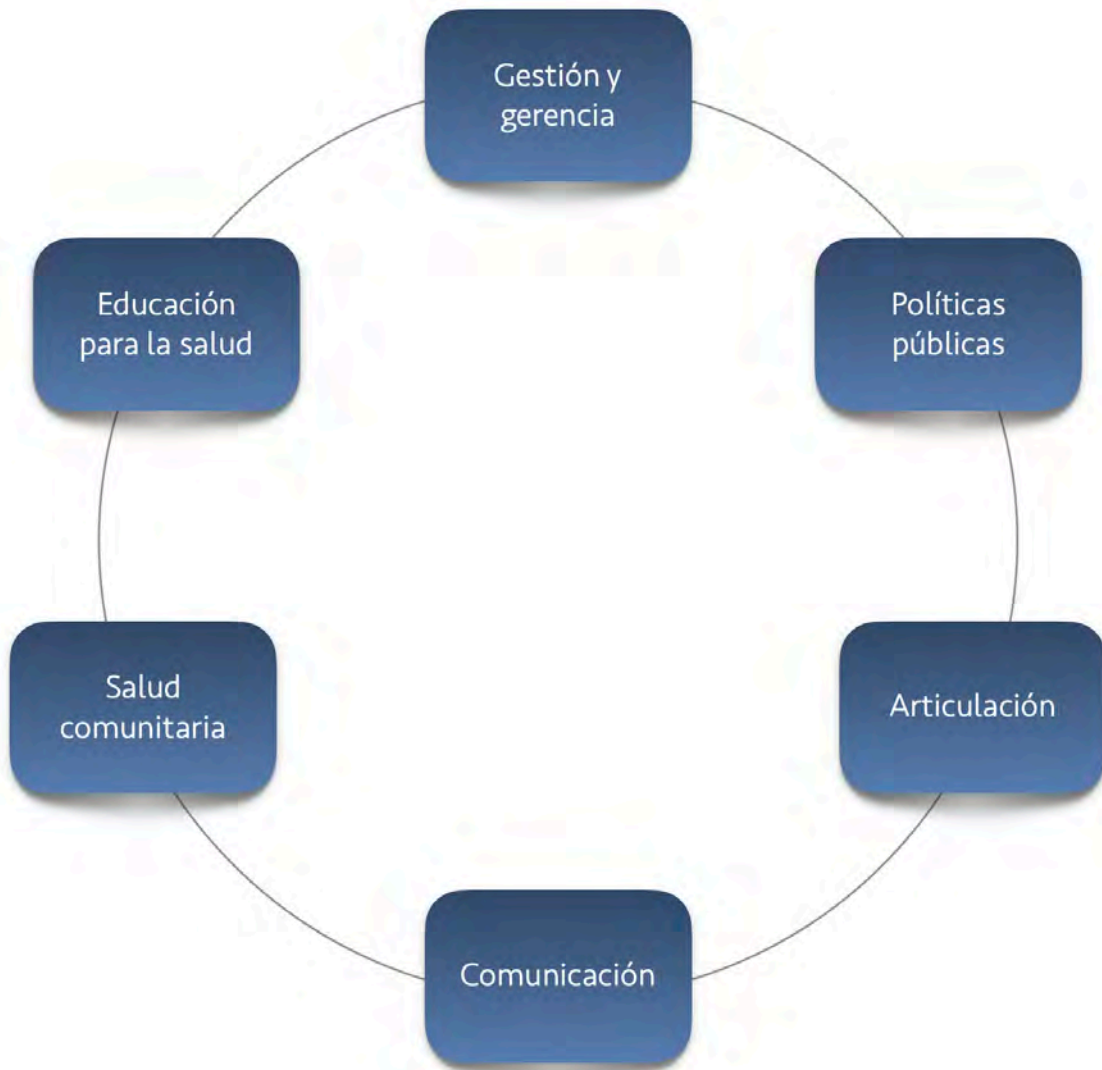
Como se observa, existe coincidencia de las cuatro fuentes de información (las entrevistas a profesionales de distintos niveles, los lineamientos de las comisiones locales de promoción de la salud, el Plan Estratégico Institucional y el Manual de Puestos) con respecto al núcleo de trabajo de la promoción de la salud, es decir, sus procesos medulares. Es importante recalcar que el objetivo de este capítulo es caracterizar las acciones de promoción de la salud en el primer nivel de atención, precisamente para obtener información de diversas fuentes y no solamente la realidad del Área de Salud de Goicoechea 2.

De hecho, una excepción muy importante a los resultados expuestos es que ninguno de estos procesos o acciones fue identificado por la Comisión Local de Promoción de la Salud del Área de Salud de Goicoechea 2. Tanto en la técnica de Metaplan con dicha comisión, como durante la entrevista con un participante de la misma, la respuesta es que actualmente no se ejecuta ningún proceso o acción como parte de la Comisión:

Cada persona por aparte sí tiene procesos, como charlas, educación y otros, pero la comisión como tal no ha trabajado. Cada servicio, nutrición, trabajo social, tienen actividades que se pueden considerar como promoción de la salud, pero cada quien trabaja por aparte. Hay procesos de promoción pero fuera la comisión, que al menos los usuarios los aprovechan y al final de cuentas para ellos es promoción, pero el trabajo no se ha podido integrar debido a las limitantes teórico-prácticas de la Comisión y lo que exigen del nivel central.

De esta forma, teniendo como insumo las experiencias y conocimientos de los participantes, y la documentación oficial de la institución, es posible cruzar la información e identificar los procesos sustantivos de la promoción de la salud en el primer nivel de atención:

Figura 22: Procesos de promoción de la salud para el primer nivel de atención de la CCSS identificados en todas las fuentes de información



Fuente: Elaboración propia

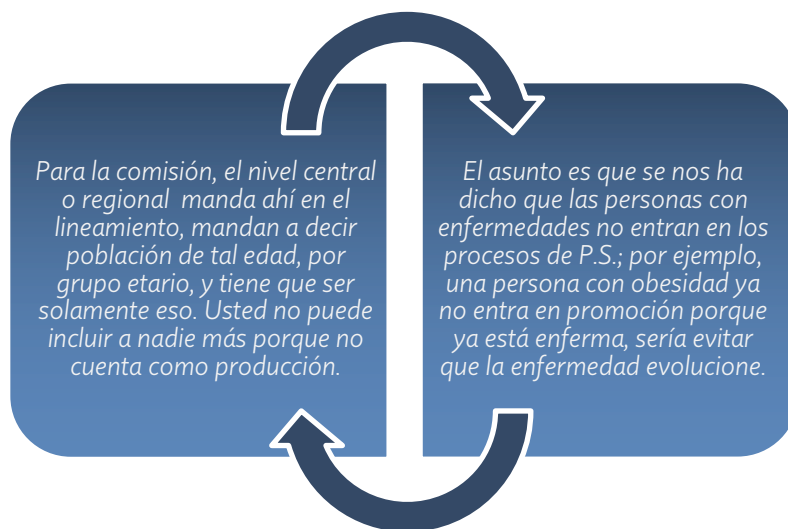
Dentro de estos, se pueden ubicar sub-procesos o acciones específicas en la siguiente lista:

GESTIÓN Y GERENCIA	POLÍTICAS PÚBLICAS	ARTICULACIÓN
Evaluación Logística Planificación Formulación Reorientación	Investigación para la toma de decisiones Asesoría de planes Análisis de situación de salud Diagnóstico de los determinantes	Articulación con gobierno local Articulación interinstitucional Coordinación de equipos Trabajo interdisciplinario
COMUNICACIÓN	SALUD COMUNITARIA	EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Comunicación social Abogacía Difusión y divulgación de información	Estrategias de participación Acciones extramuros Entornos saludables	Programas educativos Capacitaciones Sensibilización Educación a profesionales en salud y otros afines

Fuente: Elaboración propia

2.4 Población usuaria

Después de definir los procesos, se continúa con la identificación del perfil y las características del contexto y la población usuaria de la promoción de la salud en el primer nivel de la institución, entendiendo usuarios como los grupos poblacionales que los profesionales consideran son necesarios de involucrar en procesos de P.S. El principal resultado es el contraste entre la población abordada por profesionales en P.S. y la comisión local, pues la última debe regirse bajo lineamientos específicos y trabajar con poblaciones pre-seleccionadas:

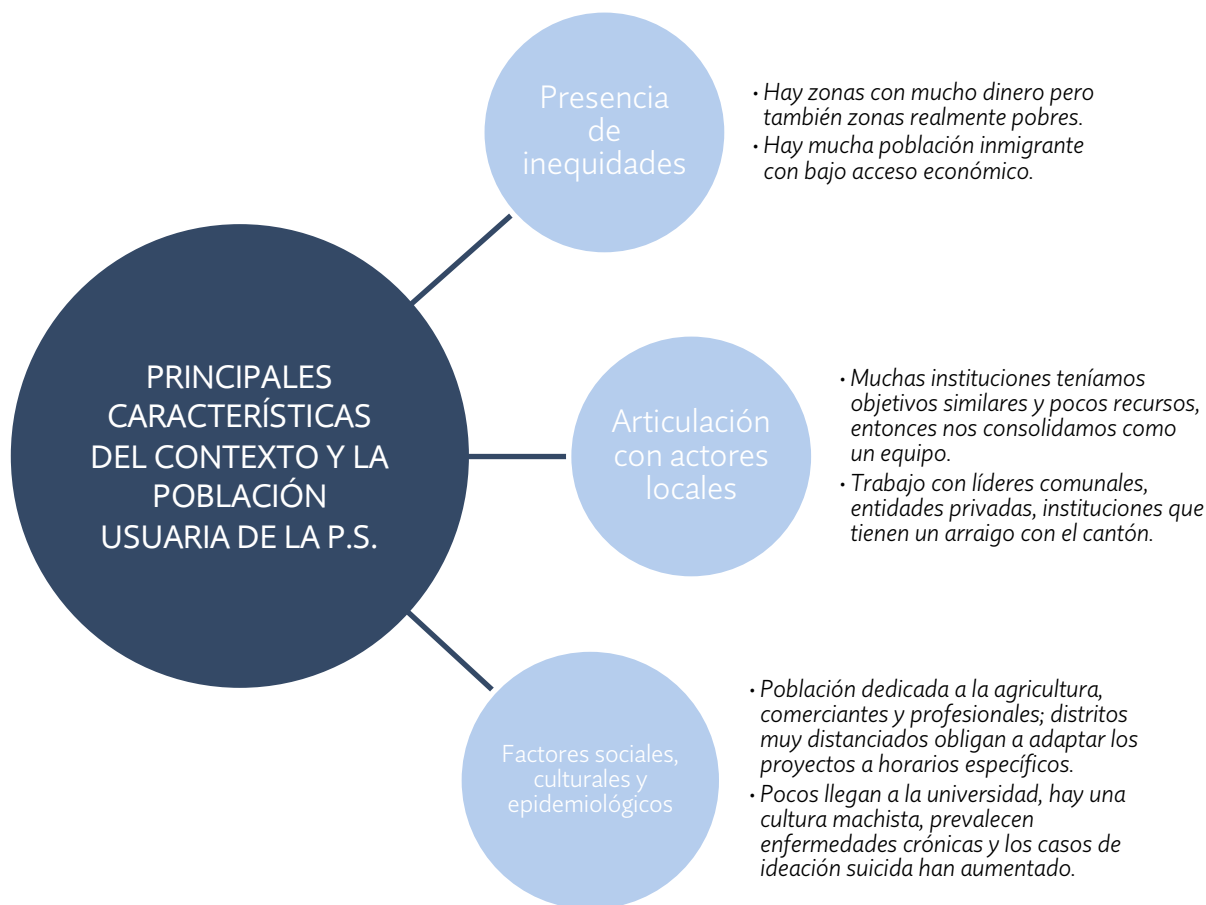


Fuente: Elaboración propia

Los profesionales tienen la libertad de incluir a cualquier grupo poblacional en sus procesos, al basarse en el manual de puestos detallado anteriormente. En ese sentido, los participantes destacan que hay acciones que se realizan “como comisión” y otras “como servicio”. Es decir, los promotores de salud en Áreas de Salud entrevistados deben fraccionar sus procesos entre el espacio de la comisión y su trabajo como profesional, debido principalmente a lo señalado anteriormente. La CLPS debe circunscribir sus acciones a las prioridades seleccionadas por el Área de Salud Colectiva o por la facilitadora de la Dirección Regional, las cuales giran en torno a los ejes temáticos y los grupos poblacionales con los cuales desarrollar las acciones.

En ese sentido, se consultó a estos profesionales sobre las características de la población con la cual trabajan actualmente, con el fin de contrastarlo con las características de la población meta de las comisiones locales. La figura 23 detalla las respuestas de los profesionales:

Figura 23: Perfil del contexto y población que participa en los procesos de P.S. de los profesionales que laboran en Áreas de Salud



Fuente: Elaboración propia

Con previo conocimiento de las poblaciones con las cuales la CLPS debe trabajar, se consultó más bien sobre las características del contexto y de la población que reflejan la necesidad de desarrollar procesos de promoción de la salud. El objetivo era dilucidar los espacios en los que ellos ven posible ejecutar acciones de P.S., y si existe coincidencia entre estos y las prioridades seleccionadas por la facilitadora de la dirección regional o el Área de Salud Colectiva. Las áreas destacadas para trabajar se expresan a continuación:

- Personas en situación de obesidad, alimentación inadecuada
- Ausencia de conocimientos reales con respecto a la salud
- Exceso de influencia tecnológica
- Población adolescente
- Mujeres en etapa de perimenopausia
- Espacios recreativos, deporte
- Estilos de vida saludables
- Cultura de paz
- Salud mental
- Determinantes sociales de la salud

El participante de la comisión entrevistado resalta que en las acciones de promoción de la salud deben participar asociaciones comunales, síndicos, gobierno local, juntas de educación y otros. En contraste con estas necesidades percibidas por la CLPS, el lineamiento vigente para la ejecución de acciones educativas virtuales establece que para cada grupo poblacional se permite trabajar por temas específicos (CCSS, 2021):

	Hábitos de higiene	Alimentación saludable	Actividad física	Salud bucodental	Habilidades para la vida
Niños y niñas escolares y adolescentes					
Adulto joven (20 a 35 años)					
Adulto (35 a 64 años)					
Adulto mayor (65 años o más)					

Fuente: Elaboración propia con base en CCSS, 2021.

Es importante señalar que estos grupos se contemplan como la población meta, y no se prohíbe trabajar con otras poblaciones y otros ejes temáticos. Sin embargo, como se mostró en una figura anterior, para que las acciones de la CLPS tengan validez para el Plan Presupuesto del Área de Salud se debe trabajar basándose en esos criterios.

Dentro de cada eje temático mostrado en la tabla, el Área de Salud Colectiva priorizó subtemas de los cuales la CLPS puede seleccionar para desarrollar sus acciones. Algunos son:

- Actividad física: conceptos básicos, beneficios, caminata, baile, pausas activas
- Alimentación saludable: conceptos, beneficios, plato saludable, consumo de agua
- Hábitos de higiene: conceptos, beneficios, lavado de manos
- Salud bucodental: conceptos, beneficios, técnica de cepillado, uso de hilo dental
- Habilidades para la vida: conceptos, beneficios, empatía, pensamiento crítico

Resulta notorio que los profesionales en promoción de la salud no tienen criterios de exclusión para que grupos específicos no participen en los procesos que desarrollan, mientras que las Comisiones Locales y el Área de Salud Colectiva ponen el grupo etario como requisito para gozar de espacios que aborden ejes temáticos específicos.

2.5 Insumos necesarios para el desarrollo de actividades

Uno de los últimos ejes de este capítulo consiste en conocer los insumos (técnicos, financieros, humanos, materiales y de otra índole) que son necesarios para desarrollar acciones y procesos de promoción de la salud.



- > ...Ocupamos una plaza de promotor de salud para que pueda liderar los procesos
- > ...trabajar con el nutricionista es fundamental, especialmente en programas como PINEC...
- > ... es necesario tener capacitaciones para trabajar en esto...
- > ...poder contar con el apoyo de otros servicios del Área...
- > ...el principal insumo es el recurso humano, si no hubiera coordinación entre comisiones e instituciones yo no podría hacer nada...

INSUMO

TIEMPO DE TRABAJO

- > ...muy importante es separar el trabajo administrativo de la atención, se pierde tiempo valioso subiendo información que no se usa en nada, que se podría usar para estos procesos de promoción...
- > ...todo es recargo, no hay horas establecidas, solo tenemos el permiso para ir a la reunión mensual, es un insumo muy importante...

INSUMO

ESTRUCTURA DE TRABAJO

- > ...lo primero que se necesita es la planificación, un orden para el trabajo porque no se puede hacer algo antojadizo, con la planificación se pueden distribuir los recursos...
- > ...la planificación se necesita porque a veces muchas personas pueden colaborar, pero lamentablemente no se coordina...
- > ...ocupamos saber qué es la promoción, sus objetivos generales y específicos, metodología, saber qué hay que hacer

INSUMO

MATERIALES

- > ...cuando era presencial se usaban materiales como auditorios para trabajar sesiones grupales, equipo audiovisual...
- > ...contar con un lugar exclusivo para promoción de la salud, red de internet, computadora...
- > ...mobiliario, equipos, que muchas veces los tenemos gracias a la articulación con instituciones...
- > ...tener una oficina, insumos de oficina, un espacio para coordinar

INSUMO

PRESUPUESTO

- > ...se necesita un presupuesto, nunca nos han dado, y está establecido que debería haber una partida para promoción de la salud, hay otros lugares donde sí hay...

Dentro de las respuestas dadas por la Comisión Local de Promoción de la Salud en cuanto a los insumos requeridos para desarrollar sus procesos, se destaca un punto relevante: debe existir consenso entre lo que se solicita desde el Área de Salud Colectiva y lo que la CLPS considera es prioritario. Es decir, se considera que una mayor coherencia en la organización de la P.S. a través de los niveles de la institución posibilita una mejor prestación de este servicio.

A propósito de lo mencionado, el siguiente capítulo consolida un análisis que integra los resultados presentados en los primeros dos acápite y hallazgos de investigaciones previas, con el fin de comprender qué sucede con la promoción de la salud en el primer nivel de la CCSS, y en específico en el Área de Salud de Goicoechea 2.

CAPÍTULO 3

Organización de la promoción de la salud en el primer nivel de atención

Una visión estratégica articulada con claridad comunica las aspiraciones de la directiva a todos los interesados y contribuye a canalizar la energía del personal en una dirección común.

(Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, 2012, p.22)

¿Cuál es la visión estratégica de la Caja Costarricense de Seguro Social?

Y más específicamente, ¿cuál es la visión estratégica de la CCSS con respecto a Promoción de la Salud? ¿Está el primer nivel de atención contribuyendo a dicha visión? Estas tres preguntas son fundamentales para comprender qué sucede con la promoción de la salud en la institución. A continuación, se ofrece un análisis de los resultados expuestos en esta investigación.

3.1 Subsistema de razón de ser

Toda organización nace con un propósito, en la institucionalidad pública un “mandato”, fundamentado en una necesidad que resolver, un problema que intervenir o un asunto que abordar. Esa es su razón de ser. Sin embargo, se trata de un asunto de percepción más que unas líneas expresadas en un documento oficial. La teoría indica que es diferente a la misión o visión que, tradicionalmente, las instituciones plasman de forma escrita. La misión es un asunto pasivo, estático, general y sin cambios, mientras que la razón de ser sería lo que las personas piensan con respecto a la primera (Proulx, 2014, p.39). Es el porqué hacen lo que hacen. Este componente se analiza en dos planos, uno a nivel general en la institución, y otro a nivel de Área de Salud.

En primer lugar, la razón de ser de la CCSS pasa por ser la institución costarricense encargada de brindar protección social y de pensiones a los asegurados. Por medio del Seguro de Salud se ofrecen tres prestaciones concretas: atención integral a la salud, prestaciones en dinero y prestaciones sociales (CCSS, 2021). La atención integral a salud, como su calificativo lo indica, no es solamente la atención médica y de diagnóstico-tratamiento de enfermedades. En efecto, la atención integral comienza con la promoción de la salud, y por ende una de las funciones principales de la CCSS debe ser la prestación de servicios de promoción de la salud.

Pero, si se trae a colación la idea del primer párrafo, la razón de ser es qué piensan los funcionarios sobre la misión-visión de la institución. La misión descrita por la misma institución es “proporcionar servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad” (CCSS, s.f.), entendiendo por servicios integrales los que se explicaron antes. La primera pregunta es si los colaboradores de la institución que participaron en el estudio perciben a la promoción de la salud como parte de la razón de ser de la CCSS.

Si bien no se formuló una pregunta de esta forma, los participantes de diversos niveles de la organización coinciden en que la promoción de la salud no es una prioridad para la CCSS. Señalaron que persiste una perspectiva biológica y medicalizada de la salud, bajo la cual se prioriza la atención clínica sobre el desarrollo de procesos de promoción de la salud e inclusive de prevención de enfermedades. Entonces, se encuentra un divorcio entre la misión institucional (escrita) de brindar servicios integrales, y la razón de ser institucional (percibida) de enfocarse en

la atención médica, pero es importante destacar que los participantes sí perciben que es necesario profundizar el desarrollo de la P.S. en la institución, más persisten retos para que esto sea realidad.

En cuanto a la estrategia institucional en promoción de la salud, no se encontraron políticas, planes o proyectos tanto desde el nivel central como regional o local en Goicoechea 2, cuyo objetivo sea la orientación de este componente como parte de la prestación de servicios integrales de salud, especialmente para un primer nivel de atención. Es decir, no hay una estrategia clara de la CCSS en cuanto a cómo debería desarrollarse la promoción de la salud desde un primer nivel de atención.

Este asunto es central en el objeto de estudio, pues la estrategia orienta todo el nivel operativo y es la base de cualquier proceso, proyecto o iniciativa que desarrolla la organización. En el ámbito privado, la estrategia se enfoca en aumentar la ventaja competitiva, mientras que el sector público debe buscar la creación de valor público. Pero, otros elementos por los cuales es necesario contar con una estrategia claramente definida tienen que ver con la capacidad de adaptación al entorno, innovación y capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios, así como el alcance de objetivos de mediano y largo plazo (Carmona, 2018, p.78). En este caso, la estrategia debería ser una especie de esqueleto con los elementos de la Promoción de la Salud que la CCSS asume como parte de sus competencias legales y administrativas. Esa estructura general es la que el Área de Salud de Goicoechea 2 y todos los profesionales encargados de este servicio tomarían como punto de partida para desarrollar los procesos relevantes a las necesidades de sus respectivas poblaciones, y así la institución tendría un mismo camino.

Precisamente, esto tiene que ver con la cita utilizada para abrir este capítulo. La estrategia es la que permite canalizar el esfuerzo de todos los funcionarios en un objetivo común (Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, 2012, p.22). Estos son exactamente los resultados que se obtuvieron, pues a falta de una estrategia clara en promoción de la salud, el componente está fragmentado en todos los niveles técnicos y operativos, y cada unidad organizativa ha tomado su propio rumbo.

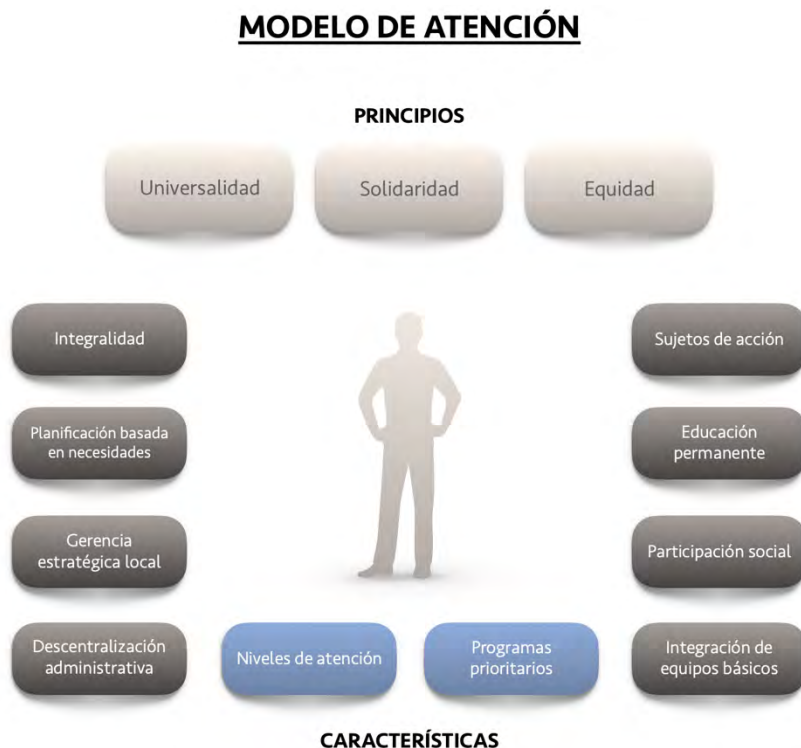
Ahora bien, en una dimensión más específica, para entender la razón de ser de las Áreas de Salud hay que analizar el modelo de atención en salud vigente. El cuestionamiento ahora es para qué existe un primer nivel de atención, y dónde cabe la promoción de la salud en ese planteamiento. Según la Organización Panamericana de la Salud (2019), durante la década de 1990

hubo una reforma trascendental en el sistema de salud, y uno de los cambios fue precisamente sobre el modelo de atención.

La OPS señala que el nuevo modelo (el vigente a la fecha de la presente investigación) pone énfasis en la Atención Primaria (2019, p.11) y se orienta hacia una atención integral en salud, basa en los principios de universalidad, solidaridad y equidad (p.13). Además, tiene las características de integralidad y continuidad, lo cual refiere a un enfoque biopsicosocial de la salud con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Vargas, 2006, p.44).

También, utiliza una planificación basada en necesidades de salud, capacitación y educación permanente para los recursos humanos, participación social y descentralización administrativa (p.45). Otra característica de este modelo es que se divide en tres niveles, siendo el primero el que reúne a los servicios básicos de atención integral, y el que es objeto de estudio de esta investigación. Además, la promoción de la salud se ubica como uno de los programas dentro de este nivel, desde el cual se da respuesta a las necesidades en salud de la población (2006, p.46).

Figura 24: Elementos del modelo de atención de salud vigente



Fuente: Elaboración propia con base en Vargas, 2006.

Sin embargo, como se citó a un participante en el capítulo anterior, existe la percepción dentro de los mismos colaboradores de la institución de que un Área de Salud es un pequeño hospital con menor resolutiveidad. Esto dista de la misión inicial de las Áreas de Salud, así como de las necesidades en salud que estas deberían atender. En efecto, el hospital alberga servicios de atención clínica de alta complejidad pues su fin es brindar este tipo de intervenciones. Por su parte, el Área de Salud es transversalizado por la estrategia de atención primaria, en donde elementos como el empoderamiento de individuos y comunidades para promover su participación en el diseño de políticas y programas, el involucramiento de actores sociales y la priorización de la promoción de la salud toman protagonismo (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Entonces, habiendo señalado esta distancia entre el planteamiento inicial y lo que realmente se ejecuta, se puede concluir que hay una distorsión entre la misión y la razón de ser del primer nivel de atención de la CCSS. La misión es clara, y se detalló en los párrafos anteriores, mientras que la realidad de los funcionarios involucrados es que (como se evidenció en los primeros dos capítulos y se analizará en los siguientes subsistemas) la promoción de la salud es invisibilizada y, con excepciones, prácticamente inexistente en el primer nivel de la institución.

Finalmente, esta distorsión no viene libre de consecuencias. Los resultados apuntan a retos significativos en el alcance de la misión institucional del primer nivel de la CCSS, pues sus bases y principios se observan nublados. La cita inicial de este capítulo menciona que la visión estratégica claramente articulada se comunica con éxito a los colaboradores. Por lo que se puede concluir que uno de los factores contribuyentes de este problema es precisamente la carencia de una visión estratégica. De seguido, se analiza desde otros puntos de vista el estado de la organización de la Promoción de la Salud en el primer nivel de atención.

3.2 Subsistema estructural

La estructura organizacional de la CCSS y del Área de Salud se estudió a profundidad en los capítulos anteriores. Se detalló el organigrama, los métodos de coordinación y división de actividades, los elementos principales, roles de los funcionarios, oferta de servicios y otros. Esa es la estructura organizacional a como se observó desde esta investigación. Entonces, ¿dónde está la promoción de la salud en esta estructura? El segundo apartado de este tercer capítulo plantea el análisis de la promoción de la salud desde este subsistema estructural. La respuesta en concreto a la pregunta planteada es que la promoción de la salud no está consolidada en la estructura organizacional del Área de Salud ni de la institución en general. Esto tiene implicaciones importantes desde el punto de vista administrativo, teórico, metodológico y quizá el más importante, de los usuarios.

Primero que todo, la promoción de la salud se encuentra dentro de una de las 23 comisiones identificadas en el Área de Salud, al lado de la comisión de brigadas, desechos, valores éticos y otras, esto significa que no se encuentra como una unidad organizativa (o una “caja”) en el organigrama. No hay un profesional contratado para la promoción de la salud, por lo que no hay un funcionario dedicado a tiempo completo a este componente. Esto es especialmente importante porque, como se explicó antes, el Área de Salud posee una estructura funcional (de corte vertical) y no por procesos o por resultados (de corte horizontal).

Figura 25: Representación gráfica de la estructura funcional en el Área de Salud



Fuente: Elaboración propia

Es decir, debido a la carencia de un profesional, no existe la *verticalidad* de promoción de la salud, como si lo hay de nutrición, psicología y otros servicios, los cuales tienen a personas colaborando específicamente para tal fin. Esto se explica de manera gráfica en la figura anterior. En el polo opuesto, la estructura por procesos o resultados implica romper con esta barrera y posicionar estratégicamente al recurso humano en diferentes puntos de varios procesos, lo cual permite una mayor sinergia entre equipos de trabajo.

Específicamente, la gestión para resultados es una estrategia centrada en el logro de objetivos, no se enfoca en los servicios sino en los efectos e impactos generados en la sociedad por estos, tanto a mediano como largo plazo y su valor público. Es por ello que, como se exploró en el marco conceptual, la administración pública (incluida el Área de Salud de Goicoechea 2) puede utilizar esta estrategia y dirigirse al logro de cambios sociales esperados para medirse por el éxito alcanzado en la calidad de vida de los ciudadanos (MIDEPLAN, 2016, p.15).

Figura 26: Representación gráfica de una estructura organizacional con procesos



Fuente: Elaboración propia

Entonces, el tipo de estructura organizacional del Área de Salud es en sí mismo un problema para la promoción de la salud, pues las necesidades de salud no se abordan de forma compleja y sistémica, sino fragmentada por cada profesional que integra la Comisión. Lönn y Uppström (2013) también encontraron que la estructura funcional era una problemática para el

gobierno local que investigaron. Concluyeron que dicho diseño causa una visión insuficiente y falta de conocimiento relevante sobre las responsabilidades y procesos de otras unidades, ya que nadie observa a la organización en su conjunto, sino solamente por partes (p.217).

Debido a que la Comisión no tiene una orientación por procesos o resultados, la promoción de la salud termina siendo un agregado que se bloquea en cada una de las verticales a las cuales pertenecen las participantes. Entonces, se fragmentan las acciones y la promoción de la salud no se transversaliza en toda el Área de Salud, sino que se resume en un espacio multi disciplinario dentro de la estructura funcional. En efecto, la Comisión de Promoción de la Salud (orientada de forma horizontal pues cuenta con profesionales de varios servicios) no es compatible con una estructura altamente funcional y vertical como la de Goicoechea 2:

Figura 27: La promoción de la salud como una comisión horizontal fragmentada en medio de la estructura funcional vertical del Área de Salud



Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, los procesos demandan un planteamiento claro de las actividades, procedimientos, indicadores, recursos, responsables, participantes y resultados. La Comisión Local de Promoción de la Salud (CLPS) no tiene un proceso claramente definido, pues como se explicó antes, la programación del trabajo es enviada desde el Área de Salud Colectiva en las oficinas centrales, en forma de proyecto, lineamiento o planteamiento de otro tipo. Esto no es un proceso sistemático y en repetición constante, y no está sujeto a mejoras por el personal a cargo y

con un procedimiento lo suficientemente general para que sea adaptado a las necesidades de los usuarios.

Entonces, no existe un proceso de promoción de la salud propiamente dicho, ni una vertical funcional en esta materia pues no hay profesionales contratados para tal fin.

También se debe analizar y comprobar si existen resultados específicos que las Áreas de Salud deben alcanzar en promoción de la salud, y que reflejen la existencia de este componente en la estructura de la organización. En efecto, hay 2 indicadores plasmados en el Plan Presupuesto, el cual es la herramienta que contiene la totalidad de la producción relevante (explicada de esta forma por los participantes), pero la CLPS no posee margen (temporal, presupuestario o profesional) para planificar una serie de acciones que permitan alcanzar estos resultados.

Por esto, cabe preguntarse si la presencia de un profesional en promoción de la salud solventaría esta situación. Sin embargo, los participantes de esta investigación comparten la percepción de que su experticia no es suficiente para que la promoción de la salud esté claramente definida en la estructura organizacional del primer nivel de atención. Esto se debe a que no existen indicadores en el plan presupuesto para estos profesionales, por lo que la *producción* de la promoción de la salud no existe. Así también, hay una carencia significativa de manuales de procedimientos y procesos, guías, lineamientos, programas y una oferta claramente definida de la promoción de la salud como un servicio consolidado.

Es fundamental recordar que la estructura organizacional es el conjunto de formas en que se dividen y luego se coordinan las acciones para concretar el trabajo de la institución, y no es solamente un organigrama. En ese sentido, el diseño de una estructura debe permitir el alcance de la estrategia y los resultados deseados. Como resultado, la conclusión más relevante de esta sección es que la estructura organizacional del Área de Salud no permite la ejecución de acciones y el alcance de resultados en promoción de la salud.

Proulx (2014) indica que una estructura errónea provoca duplicidades, superposiciones y carencia de coordinación entre las partes (p.42). Esto se observa con claridad en Goicoechea 2, y en las experiencias de los profesionales de otras Áreas de Salud, al encontrar que todos los servicios perciben que realizan acciones de promoción de la salud, que algunas de las CLPS elaboran sus actividades aparte de los profesionales en esta materia, y que hay una separación

significativa en la perspectiva teórica de P.S. entre cada persona entrevistada, sea de la misma Área de Salud, entre Áreas de Salud, o de forma vertical entre el nivel local y el nacional. La inadecuada estructura organizacional conduce a una superposición de acciones y opiniones, lo que a su vez provoca ineficiencia de gran impacto hacia los usuarios.

Para finalizar, en esta sección también se vuelve relevante a la luz del subsistema de razón de ser, pues la teoría apunta a que una de las tareas administrativas básicas para ejecutar una estrategia es la creación de una estructura organizacional que apoye dicha estrategia, así como la formación de las capacidades necesarias para ejecutarla con éxito (Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, 2012, p.325). Entonces, la estructura organizativa del Área de Salud debe estar en armonía con la visión estratégica de la CCSS tanto a nivel general como en el primer nivel de atención en específico; sin embargo, se revela un divorcio entre dicha visión y el camino que se construyó para concretarla.

En resumen, debido a la predominancia de una división funcional de actividades, la promoción de la salud queda diluida pues no existe esta vertical, solamente una comisión local. Adicionalmente, al ser el establecimiento de procedimientos la principal forma de coordinar las actividades, la promoción de la salud también se debilita significativamente, pues este tipo de documentos no existe para dicho servicio. Tampoco está incluida como una unidad organizativa en el organigrama. De esta forma, la promoción de la salud es inexistente en la estructura organizacional del Área de Salud al no tener una consolidación clara en los mecanismos de coordinación o división de actividades, ni en el diseño administrativo de cada unidad.

3.3 Subsistema tecnológico

Mientras que la estructura incluye la forma en que divide y coordina el trabajo, aquí se contempla las técnicas específicas de producción; en este caso, los procesos específicos relacionados con la promoción de la salud. También se asocia a los recursos dispuestos para este servicio, tanto humanos como materiales y económicos (Proulx, 2014, p.41).

Precisamente en esa línea, uno de los principales resultados en este subsistema es que los recursos del Área de Salud, humanos, materiales y técnicos no están preparados para enfrentar la producción de la promoción de la salud. En primer lugar, los participantes entrevistados de la

CLPS tuvieron retos significativos para definir diferencias conceptuales entre prevención de enfermedades y promoción de la salud, debido a factores como sus creencias personales, experiencias profesionales y documentos que la institución les haya remitido. Principalmente, la perspectiva del Área de Salud Colectiva (nivel central) es prácticamente opuesta a la perspectiva de los integrantes de la CLPS en Goicoechea 2 (nivel local), en cuanto a qué es promoción de la salud, cuál es su población meta y qué tipo de acciones debería incluir. Esta confusión es parte de la carencia de herramientas para posicionar un concepto de promoción de la salud que los participantes de la Comisión consideren es el correcto.

Muy cercano a estos resultados, los investigadores Alcalde-Rabanal, Molina Rodríguez y Castillo-Castillo encontraron que las personas que no han participado de un proceso intenso de capacitación conciben a la promoción de la salud como un conjunto de medidas orientadas a la prevención de enfermedades. Así también, los participantes de esta investigación (los cuales pertenecen a un nivel táctico-operativo) mencionaron que los directivos de alto nivel en los servicios estatales de salud conciben a la promoción de la salud y prevención de enfermedades como conceptos similares (2013, p.287).

Es decir, los resultados de dicho estudio son similares a los encontrados en la presente investigación, en cuanto a que existen retos para conceptualizar a la promoción de la salud sin una capacitación de por medio, y persisten diferencias importantes en las perspectivas teóricas entre niveles operativos y directivos.



Este resultado también fue encontrado por la investigadora Jiménez (2011) quien concluye que existen debilidades en el manejo conceptual de los funcionarios entrevistados en el Área de Salud de Gófito con respecto a los conceptos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Señala además que los funcionarios no tienen capacitaciones específicas en estos temas, pese a ser uno de los principales pilares del primer nivel de atención de la CCSS (p.105). Entonces, la Comisión de P.S. como grupo multi disciplinario tiene una variedad de opiniones sobre lo que significa la P.S., entorpeciendo el accionar desde una visión conjunta.

En el mismo sentido, el estudio citado de Alcalde-Rabanal menciona que los equipos no intervenidos se limitan a realizar las actividades indicadas por el nivel estatal, pues de ahí vienen las disposiciones. Mientras que los equipos que sí pasaron por procesos de capacitación realizan reuniones para planificar el trabajo en conjunto, hacer programas y homogenizar acciones, a pesar de que las metas vengan dadas desde el nivel central (2013, p.288). Esto llama la atención pues es prácticamente idéntico a lo encontrado en Goicoechea 2. La CLPS percibe que debe adherirse a lo dispuesto por el Área de Salud Colectiva solamente, y no logra identificar formas y métodos de planificar su propio trabajo fuera de este esquema predeterminado. Precisamente, una causa significativa de esto es el nivel de conocimientos y competencias en P.S.

Otro hallazgo desde este subsistema tecnológico es que los funcionarios de todos los servicios entrevistados en el Área de Salud indicaron que, de una u otra forma, existen acciones de promoción de la salud como parte de su oferta. Es decir, la investigación dilucida una percepción de que la promoción de la salud es también un eje transversal dentro de los procesos de cada servicio del Área, pero esto parte de la perspectiva que cada entrevistado tiene sobre el concepto de promoción de la salud y, por ende, sobre qué sí constituyen acciones desde este componente y qué no.

Además, el tipo de actividades mencionadas es de corte espontáneo, en el sentido de que no nacen de un proyecto, programa o proceso que intencionalmente se diseñó dentro del servicio bajo la teoría, los métodos y los criterios de promoción de la salud, sino que se enfocan como actividades (en ocasiones colaborativas entre servicios) para tener algún contacto con los usuarios que no sea la atención clínica. Por ejemplo, talleres, charlas, ferias, eventos y anuncios.

Esto también tiene que ver con la preparación del recurso humano en promoción de la salud. Alcalde-Rabanal, Molina Rodríguez y Castillo-Castillo señalan que, en los servicios de salud donde los profesionales no fueron intervenidos por un proceso de capacitación, prevalece el desarrollo de actividades puntuales como ferias de salud (2013, p.288). Entonces, esta poca preparación en P.S. también se relaciona con la percepción de que la promoción de la salud es un eje transversal en el Área de Salud, pero esto no es la realidad pues los procedimientos de cada servicio no están diseñados para este fin. Es un concepto más que un impacto real desde la perspectiva de los usuarios.

Esta poca preparación del recurso humano de Goicoechea 2 sobre promoción de la salud (tanto teórica como metodológica y técnicamente) se adiciona a un presupuesto que debe hacer frente a una priorización de necesidades clínicas y compromisos previamente establecidos, como contratos, planillas, gastos fijos y otros. Como fue expresado por prácticamente todos los funcionarios entrevistados en Goicoechea 2, la promoción de la salud es uno de los tantos componentes que el Área de Salud debe atender. Sin embargo, efectivamente sigue siendo uno de los componentes que *debe* atender.

No obstante, tanto para esta Área de Salud, como para las que los profesionales en promoción de la salud tienen como sede, la promoción de la salud cuenta con pocos o nulos recursos financieros y materiales. Este es el otro gran grupo de recursos que tampoco está preparado para enfrentar la producción de la promoción de la salud, pues en lo que coincidieron todas las personas participantes de esta investigación es que este servicio se caracteriza por una carencia de partidas presupuestarias, activos fijos y materiales de apoyo.

Los recursos humanos, materiales y técnicos del primer nivel de atención no están preparados para la producción de la promoción de la salud



Así también, los recursos técnicos en promoción de la salud comparten esta característica, pues a excepción de los lineamientos y directrices emitidos por el Área de Salud Colectiva, no hay documentación que guíe las acciones de este componente, especialmente para los profesionales de este campo. Como constatan los resultados presentados, los entrevistados no encuentran apoyo técnico en prácticamente ninguna instancia de la institución, pues no hay un coordinador nacional ni regional, y el Área de Salud Integral a las Personal, la cual sí posee esta potestad de orientación técnica, no ejerce dicha tarea. Entonces, los recursos técnicos del primer nivel de atención tampoco están preparados para enfrentar la producción de la promoción de la salud, sea esta desde la Comisión Local y/o desde los profesionales del campo.

Esta ausencia podría considerarse como uno de los motivos de las herramientas de trabajo diseñadas por el Área de Salud Colectiva, enfocadas en la implementación de la promoción de la salud en las Áreas de Salud. Es decir, ya que los profesionales del primer nivel de atención pudieran tener retos importantes para comprender esta “nueva” forma de abordar la salud, opuesta al accionar clínico, es posible que se pensara en que desde el nivel central se emitan lineamientos específicos sobre cuales actividades debe ejecutar cada profesional, pero la consecuencia de esto se refleja en el valor público que obtienen los usuarios de la promoción de la salud en la CCSS.

Del lado de la CLPS se evidencia una ineficacia en sus acciones, ya que su plan de trabajo se diseña en una unidad organizacional aparte de la estructura del Área de Salud. Esta distancia (tanto física como administrativa) se refleja en una programación con actividades puntuales que no surgen desde un análisis de necesidades de la población usuaria para Goicoechea 2 en específico, sino que viene de una priorización ajena a criterios técnicos y profesionales basados en la realidad del contexto. Coats y Passmore (2008) subrayan la importancia de asegurar que los servicios estén diseñados en torno a las necesidades de los ciudadanos, y que las personas tengan la oportunidad de aportar a los servicios que reciben, lo que contribuye a una mejora en los resultados y un incremento en su satisfacción. Señalan también que el valor público comienza desde ahí, y que ello conduce a una asignación de fondos más eficiente (p.38).

Entonces, esta centralización del planeamiento y diseño de acciones hace que las actividades del primer nivel carezcan de valor público, pues nunca fueron pensadas desde un análisis crítico y sistémico de las necesidades en salud de los usuarios.

Esto también va en relación con otro resultado clave de este diagnóstico, sobre el subsistema tecnológico. Dicho resultado es que, la ausencia de procedimientos y una oferta claramente definida en promoción de la salud, agudiza la poca flexibilidad de las Comisiones Locales, y la desconexión de los profesionales con la estrategia y el modelo del primer nivel de atención.

En efecto, la Comisión Local de Promoción de la Salud (en Goicoechea 2 específicamente) encuentra un espacio reducido para ejecutar acciones de promoción de la salud, pues como se detalló en el capítulo anterior, se cuenta como producción sólo lo que sea remitido desde el Área de Salud Colectiva en oficinas centrales. Así también, la ausencia de un tiempo definido en las agendas de los profesionales que sea específicamente para abordar la P.S. contribuye a este reto.

Por su parte, los profesionales no encuentran un norte que les permita incorporar sus acciones y procesos en la estructura del Área de Salud. Esto queda sujeto a lo que cada quien estime es lo más adecuado, y con base en los mecanismos de priorización de necesidades que cada uno ha decidido tomar. Si bien esto beneficia una adecuada selección de proyectos de acuerdo con el perfil de salud de la población, el impacto se genera en la visibilidad de dichas labores, pues no hay una sistematización, registro, seguimiento, monitoreo o evaluación de corto, mediano y largo plazo de cómo se está ejecutando la P.S. en el primer nivel, lo cual permitiría comparar el estado actual con respecto a la visión estratégica y las políticas institucionales.

En unión con el subsistema anterior, cabe posicionar nuevamente la pregunta: ¿dónde está la promoción de la salud en el Área de Salud? No está en la estructura organizacional, ni en los recursos humanos, materiales y técnicos, tampoco en los procedimientos de cada servicio ni en las agendas de los integrantes de la Comisión Local. Entonces, la promoción de la salud no existe como servicio público en el Área de Salud de Goicoechea 2.

A continuación, un resumen de los principales resultados de este subsistema:

- Los recursos (humanos, técnicos y materiales) del Área de Salud no están preparados para enfrentar la producción de la P.S.

- Se visualiza como alternativa que el Área de Salud Colectiva del nivel central emita lineamientos específicos sobre como ejecutarla desde un primer nivel, pero esto provoca que los procesos carezcan de valor publico pues no se planifican con base en las necesidades y el perfil de los usuarios.
- La ausencia de procedimientos y una oferta clara en P.S. agudiza la poca flexibilidad de la Comisión Local y la desconexión de los profesionales con la estrategia del primer nivel de atención.
- Se cree que la P.S. está dentro de cada servicio del Área de Salud, pero los procesos de atención no están diseñados ni transversalizados desde la P.S.
- Todo provoca que la P.S. exista de forma etérea como concepto, pero a la vez que no esté en ninguna parte como un servicio consolidado.

3.4 Subsistema psicosocial

De acuerdo con Proulx (2014) este subsistema no se relaciona con la capacidad productiva o las políticas concernientes a los recursos humanos, sino a las experiencias e interrelaciones de las personas colaboradoras, en este caso, de la CCSS y del Área de Salud. Específicamente, interesa analizar cuáles elementos de esta dimensión humana tienen una injerencia sobre el desarrollo de la promoción de la salud.

El primer aspecto es que esta dimensión fue principalmente una categoría emergente de los resultados obtenidos en las entrevistas. En el Área de Salud, se mencionó al clima y cultura organizacional como un obstáculo para el adecuado desarrollo de funciones. En específico, los procesos de comunicación fueron caracterizados como inequitativos, informales y como una de las mayores debilidades del centro. También, las personas entrevistadas que no colaboran en la sede del Área mencionaron esta distancia física como un detractor importante en la comunicación efectiva; y también existe la percepción que ello dificulta aún más sus labores.

Estas falencias en la comunicación del Área han conducido a una comunicación poco exitosa dentro de la Comisión de P.S. quienes, debido a ello, encuentran dificultoso el desarrollo de un plan de trabajo exigido por el Área de Salud Colectiva. Esto tiene que ver con lo que se

mencionó en el subsistema estructural, pues cada integrante depende de una jefatura de servicio, quien vela prioritariamente por la atención de usuarios. Las personas integrantes de la Comisión no tienen un horario específico para trabajar en Promoción de la Salud, y por lo tanto utilizan los procesos de comunicación informal para coordinar y separar dicho espacio de manera mensual. Esto llevó a que las sesiones de trabajo de la Comisión durante el año 2022 fueran prácticamente nulas, lo cual imposibilita la ejecución de labores desde este espacio.

Estas falencias en el proceso de comunicación interno de Goicoechea 2 también fueron parte de los hallazgos de Jiménez (2011) en una investigación similar en el Área de Salud de Golfito. En ese momento, dicho centro contaba con un Plan de Promoción de la Salud, pero cerca del 30% de la población en estudio no conocía la existencia del documento, mientras que el 90% ni siquiera habían tenido acceso al mismo. La autora menciona debilidades en los mecanismos de divulgación como una de las principales causas para que el personal de Golfito no esté familiarizado con el Plan de Promoción de la Salud. En efecto, los resultados de Jiménez no distan de lo encontrado en esta investigación, pues la débil comunicación es un factor que está incidiendo negativamente en el desarrollo de acciones de promoción de la salud en Goicoechea 2.

Desde una mirada más general, la Comisión Local de P.S. y el Área de Salud Colectiva tienen diferencias de criterio significativas. La principal es la percepción que ambas tienen sobre la salud y, por ende, lo que debería ser la promoción de la salud. Esto se explicó a detalle en el segundo capítulo, pero desde la perspectiva de la dimensión psicosocial, este choque de criterios desemboca en cuestionamientos importantes sobre el trabajo desarrollado en el nivel central. Tomando como base la información recopilada, se puede concluir que no hay una relación establecida que permita la ejecución de acciones exitosas, sino que por el contrario, la carencia de un espacio de interrelación fructífero entre estas dos instancias impacta negativamente a la gestión de la promoción de la salud.

Esto se asemeja con la experiencia narrada por los profesionales en promoción de la salud que formaron parte del estudio. Ellos también expresaron una desconexión absoluta con el nivel regional y nacional de la institución, pues no hay un coordinador del servicio en ninguna de estas dos unidades. Mientras que, si bien el Área de Salud Integral a las Personas posee la autoridad técnica de estos profesionales, los participantes no dudan en señalar la ausencia de un proceso de

comunicación claro y abierto en ambas direcciones, lo cual abona a esta discusión sobre cómo la dimensión de las relaciones humanas impacta la fragmentación de la promoción de la salud en la institución, especialmente en su primer nivel de atención.

Por otra parte, al consultarles sobre cuáles elementos hacen falta para que la P.S. se consolide como un servicio en el primer nivel de atención, los participantes señalaron que el grupo de los 7 profesionales en P.S. que trabajan en Áreas de Salud de la institución tienen apreciaciones significativamente distanciadas sobre los procesos que este profesional debería realizar. Dicha distancia se materializa en la dimensión psicosocial pues no tiene que ver solo con simples apreciaciones metodológicas o teóricas, sino con un sistema desfavorecedor de sentimientos y relaciones interpersonales que termina siendo un obstáculo para la P.S. como servicio en la institución, tal y como es percibido por los entrevistados.



Profesionales en Promoción de la Salud perciben que son el “hacelotodo” del Área de Salud

Siempre en esta línea, otro elemento señalado por los profesionales entrevistados es que su labor no es reconocida, tanto por el Área de Salud al cual pertenecen como por la CCSS en general. Parte de su sentir es que son vistos como el profesional “extra” que se utiliza para labores de toda naturaleza y, a petición de la Dirección Médica, el que debe colaborar en cualquier tarea que se necesite. Otro factor que contribuye a dicha percepción es que su trabajo no es sistematizado en

ninguna plataforma de manera oficial por la institución, por lo que sus proyectos y esfuerzos nunca son reconocidos como logros institucionales en promoción de la salud, ya que (según perciben) estos se enfocan exclusivamente en lo realizado por las Comisiones Locales y el Área de Salud Colectiva.

Estudios previos encontraron resultados idénticos a estos. Promotores de salud en México señalaron que la falta de reconocimiento de su labor es la principal limitación que incide en su entorno laboral. Además, narraron la asignación de actividades múltiples adicionales a su trabajo, lo cual los ha convertido en un “hacelotodo” en los servicios de salud donde laboran (Alcalde-Rabanal, Molina Rodríguez y Castillo-Castillo, 2013, p.290). Es interesante comprobar que las percepciones de estos profesionales en otro país son compartidas por los profesionales en la CCSS, y que precisamente ambas respuestas salieran de categorías relacionadas con su entorno laboral.

De esta forma, el subsistema psicosocial no es un elemento aislado del objeto de estudio, sino una de las 5 piezas clave que permiten entender qué sucede con la organización de la promoción de la salud en el primer nivel de atención en general, y en el Área de Salud Goicoechea 2 en específico. La investigación encuentra obstáculos importantes en los procesos de comunicación y los sistemas de relaciones interpersonales entre los involucrados en la P.S. que participaron de este estudio, desde el Área de Salud Colectiva hasta la Comisión Local en Goicoechea 2 y los profesionales del servicio. Esta situación agrava la desarticulación de la respuesta del primer nivel en P.S., y afecta la concreción de la estrategia y la consolidación necesaria en la estructura organizacional del Área de Salud.

3.5 Subsistema de gestión

La gestión es la forma en que se busca que los objetivos organizacionales se cumplan (Proulx, 2014, p.43). Por lo tanto, el modelo de gestión es el conjunto de elementos que un administrador debe tener en cuenta a la hora de ejercerla. Para finalizar este diagnóstico, se pone la mirada sobre el modelo de gestión de la promoción de la salud como última pieza en este conjunto de subsistemas que conforman el análisis de la organización de este componente en el primer nivel de atención. El autor citado muestra la siguiente propuesta de un modelo de gestión:

Figura 28: Modelo de gestión propuesto por Proulx (2014)



Fuente: Diseño de elaboración propia con base en los elementos propuestos por Proulx, 2014, p.44.

El principal resultado desde este subsistema es que el modelo de gestión de la promoción de la salud en el primer nivel de la CCSS es incompleto. Esto es necesario analizarlo desde dos perspectivas, tanto desde un punto de vista global de toda la institución, como desde las personas encargadas de gestionar este componente, sean los profesionales, las Comisiones Locales o las autoridades técnicas.

Como se evidenció en el subsistema de razón de ser, la institución no tiene completa claridad sobre la P.S. En efecto, no hay una imagen nítida sobre todo el modelo de gestión de este componente, pues ni siquiera existe consenso sobre cual es o debe ser la población usuaria de la promoción de la salud, lo cual el autor del modelo destaca como primer y más importante elemento, pues es lo que informa el resto del modelo.

No hay tampoco una política institucional vigente en Promoción de la Salud que detalle los elementos de la figura y clarifique a todos los involucrados hacia donde se dirige la CCSS. Ello ha provocado que cada persona determine el mejor camino de acuerdo con sus capacidades, recursos disponibles, conocimientos previos y experiencias personales. Es decir, cada uno gestiona la promoción de la salud a su manera, y con ello se agrava la fragmentación y desarticulación ya existente.

Ahora bien, cada unidad organizativa de la institución relacionada con la promoción de la salud (y que participó en este estudio) tiene su propio criterio sobre el perfil de los usuarios de la P.S., y por ende cuales son las necesidades de dichos usuarios que la P.S. debe abordar. Sin embargo, los lineamientos recibidos por la Comisión Local comienzan con el tercer punto de objetivos o resultados esperados. Según Proulx (2014) en esta etapa de la gestión se reflexiona sobre lo que se desea evaluar y se diseñan criterios específicos para ello. Si bien el lineamiento vigente establece el grupo poblacional y las temáticas a trabajar con cada uno, esto no se considera como una verdadera gestión desde los usuarios, pues (como lo indica el autor) se debe partir de una reflexión de quién es la población, qué les interesa, qué buscan, y qué desean (p.44).

Seguidamente, el plan de actividades y recursos para la promoción de la salud tampoco existe en el Área de Salud Goicoechea 2, el cual debería ser elaborado anualmente por la Comisión Local. También, estos elementos son parte del contenido de los lineamientos explicados antes, así como de proyectos que la facilitadora de la Dirección Regional tiene la potestad de enviar a las Comisiones Locales.

Finalmente, el nivel de acción es prácticamente inexistente para la Comisión Local de Goicoechea 2, pues diferentes participantes mencionaron la ausencia total de recursos para la promoción de la salud, así como la inacción y falta de resultados de dicha Comisión, por las causas explicadas en secciones anteriores.

Por otra parte, los profesionales en Promoción de la Salud trabajan desde un modelo más completo que la Comisión en estudio, pues cada uno tiene una caracterización específica del perfil de usuarios y sus necesidades. Ellos mismos han diseñado su propios objetivos, metas y resultados, y han elaborado un plan de actividades para alcanzarlos. Hacen uso de otros actores locales para encontrar recursos, realizan las acciones planificadas y las evalúan para dar seguimiento a los resultados obtenidos.

El elemento clave de esto es que cada profesional entrevistado ha hecho su propio modelo de gestión de la promoción de la salud (aunque no sea reconocido por este nombre), y este es distinto al de las Comisiones Locales en sus respectivas Áreas de Salud pues tienen usuarios, necesidades y un plan de actividades distinto. Así, la Promoción de la Salud como servicio provisto por este centro no está integrado en un solo modelo de gestión.

Nuevamente, esta fragmentación también fue encontrada por Jiménez (2011) en el Área de Salud de Golfito. Específicamente, se encuentra que no hay un desarrollo de procesos de promoción de la salud a cabalidad y desde una perspectiva de los determinantes de la salud. Además, concluye que a pesar de la existencia de lineamientos y documentos de planificación, se siguen dando acciones aisladas que responden a demandas espontáneas. De seguido, señala una brecha entre la planificación y ejecución que termina por limitar las posibilidades de los usuarios de beneficiarse de las acciones de promoción de la salud (p.104). Es así como, aún más de una década después en un Área de Salud del Gran Área Metropolitana, se repiten situaciones que dificultan e imposibilitan la gestión de la promoción de la salud. También, persiste una distancia entre la estrategia organizacional y la realidad de la institución.

Para finalizar, es fundamental no perder de vista el componente más importante. El autor señala que, al llegar al último punto en el ciclo de la gestión, se debe cuestionar si el resultado final, lo producido, corresponde con las necesidades de los usuarios identificadas al inicio, y aún más importante, si lo que se alcanzó fue percibido como exitoso por los que lo aprovechan (Proulx, 2014, p.46). Una gestión fragmentada e incompleta de la promoción de la salud difícilmente alcance resultados exitosos para los usuarios del Área de Salud y, finalmente, para la razón de ser de la CCSS en un primer nivel de atención.

Conclusiones del diagnóstico

APARTADO		HALLAZGO	CONCLUSIÓN
Partes fundamentales de la organización	Cima estratégica	La dirección médica posee autoridad jerárquica sobre el Consejo Técnico y el Administrador, además de ser la jefatura del servicio de medicina. El Consejo Técnico pacta las metas del Plan Presupuesto.	<p>La composición de las partes fundamentales del Área de Salud demuestra el peso de las oficinas centrales sobre la gestión del centro, lo cual disminuye el nivel de flexibilidad de la cima estratégica y la línea media, así como de la tecnoestructura, para innovar y reestructurar en función de las necesidades de los usuarios.</p>
	Línea media	Existen coordinadores de servicio no consolidados como jefaturas reales y efectivas. Se integra por el personal a cargo de los servicios y coordinadores de servicio y de primer y segundo nivel. Estas personas en su mayoría no brindan atención a usuarios, pues dan seguimiento a las agendas del personal operativo, resuelven asuntos laborales y realizan otras labores administrativas.	
	Núcleo de operaciones	Integrado por profesionales que brindan un abordaje directo a la salud de los usuarios. Cada servicio contempla una oferta específica, incluyendo la división entre primer y segundo nivel de atención. El personal debe adherirse a los indicadores pactados para que su labor sea reconocida como producción del Área de Salud	
	Tecnoestructura	Es un componente débil en comparación con la tecnoestructura de la institución en general, pues la capacidad de generar lineamientos de gestión de servicios, manuales de procedimientos o monitorear el trabajo del Área por medio de los sistemas informáticos, recae en el nivel central. Se enfoca en dar seguimiento a planillas, ejecutar presupuestos, mantenimiento y otros similares.	
	Apoyo logístico	Depende de la tecnoestructura y de empresas privadas contratadas. Sus labores se coordinan por comunicación informal primordialmente, y el personal rota según surjan las necesidades en el día a día	
Acciones para la prestación de servicios	División de acciones	<p>Existe la percepción de que la prioridad es aquello que se contempla en el Plan Presupuesto, conocido como producción. Lo que no es producción es percibido como secundario y como un recargo.</p> <p>Se presenta una división por funciones. Pero, existe una gran cantidad de comisiones creadas por el nivel central y de forma permanente, las cuales albergan profesionales de diversos servicios. Las comisiones implican labores adicionales no contempladas en el Plan Presupuesto, por lo que no son vistas como producción del Área de Salud.</p>	<p>La división funcional de labores se complementa con una coordinación por establecimiento de procesos. Pero, dicho método de coordinación no nace de la propia Área de Salud, sino del nivel central. Debido a esto, se debilita la coordinación por supervisión, por lo que la comunicación informal surge como alternativa, mas no se gestiona de manera adecuada.</p>
	Coordinación de acciones	<p>Predomina una estandarización de procedimientos, dada por circulares, directrices, políticas y manuales de procedimientos emitidos por el nivel central. Aun así, los profesionales mencionan tener cierto nivel de autonomía sobre la atención dada a los usuarios, dentro de los procedimientos estandarizados.</p> <p>La coordinación por supervisión es debilitada por el poder de la tecnoestructura, los manuales de procedimientos y los indicadores pactados en el Plan Presupuesto del nivel central, pues la línea media carece de independencia absoluta para planificar las acciones concretas de cada persona dentro del servicio.</p> <p>Prevalecen procesos de comunicación informal vistos como inequitativos e ineficientes, lo cual según se señala afecta el clima organizacional del Área de Salud.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Perspectivas sobre los conceptos de salud y promoción de la salud		<p>Existe una distancia significativa entre los participantes con respecto a sus conceptos de salud y promoción de la salud. Esto es especialmente notorio entre las perspectivas del Área de Salud Colectiva (nivel central) y la Comisión Local de Promoción de la Salud.</p> <p>El principal elemento destacado por los participantes al definir la promoción de la salud fue la educación para la salud, mientras que ninguno de ellos mencionó a los determinantes de la salud en esta respuesta.</p>	<p>El confuso y fragmentado posicionamiento teórico con respecto a salud y promoción de la salud en diversos niveles de la CCSS es una barrera en la definición de resultados concretos, medibles y alcanzables para un primer nivel de atención. Esto lleva a la carencia de instrumentos de seguimiento para las labores de los profesionales, lo que agudiza la invisibilidad de sus logros y experiencias, mientras que los indicadores de las Comisiones Locales no evalúan el impacto a los usuarios.</p>
Resultados de la promoción de la salud		<p>Los resultados mencionados son el cambio de perspectiva de la población y los funcionarios de la CCSS con respecto a qué es la salud, promoción de la salud y servicios de salud, así como mejorar la gestión y co-gestión de la salud. Mientras que los productos a corto plazo mencionados son estadísticas de seguimiento, materiales comunicativos, bitácoras y listas de acuerdos.</p> <p>Hay una carencia absoluta de indicadores de seguimiento en el Plan Presupuesto para profesionales en promoción de la salud, lo cual es visto como una causa de que la promoción de la salud no sea visible en la institución. Mientras que, los indicadores de la Comisión Local refieren a número de proyectos o acciones, y no la calidad o efectividad de las mismas.</p>	
Procesos de promoción de la salud		<p>Los procesos de promoción de la salud identificados mediante las entrevistas, el Plan Estratégico vigente y el manual de puestos son: gestión y gerencia, políticas públicas, articulación, comunicación, salud comunitaria y educación para la salud.</p>	
Población usuaria		<p>El Área de Salud Colectiva impone criterios de edad para definir el acceso a acciones de promoción de la salud, mientras que los profesionales dirigen sus procesos a cualquier población, y utilizan criterios de necesidades en salud y características del contexto para adecuar las iniciativas.</p>	
Insumos necesarios		<p>Los recursos técnicos, financieros, humanos y materiales que los participantes señalaron como esenciales para la promoción de la salud son: capital humano capacitado, tiempo de trabajo, estructura de trabajo, materiales y presupuesto.</p>	
Subsistemas	Razón de ser	<p>La carencia de una estrategia institucional clara en promoción de la salud fragmenta este componente en todos los niveles. Esto también nubla la misión del primer nivel de atención y las Áreas de Salud, las cuales se han convertido en pequeños hospitales, pero, en teoría están transversalizadas por la atención primaria, la cual tiene como uno de sus principales pilares a la promoción de la salud.</p>	<p>El Área de Salud Goicoechea 2 carece de una oferta en el servicio de promoción de la salud, lo cual erosiona el modelo de atención primaria bajo el cual este nivel se basa.</p> <p>Dicha carencia puede analizarse desde una perspectiva sistémica, pues existen factores internos y externos al Área de Salud que provocan dicha situación.</p>
	Estructural	<p>La forma de división del trabajo (funcional) y el método de coordinación de acciones (por estandarización de procesos) del Área de Salud son incompatibles con la composición de la Comisión Local de Promoción de la Salud, por lo que la promoción de la salud es inexistente en la estructura organizacional de dicho nivel. Esto se debe a que carece del componente funcional de P.S., a falta de un profesional contratado en esta materia.</p>	
	Tecnológico	<p>Los recursos humanos, materiales y técnicos del primer nivel de atención no están preparados para la producción de promoción de la salud. Los principales factores causantes son la poca capacitación de los funcionarios del Área en promoción de la salud, carencia de manuales de procedimientos, políticas y documentos que guíen la planificación de promoción de la salud desde un primer nivel, así como la ausencia absoluta de presupuestos, activos fijos e insumos específicos para este servicio. Todo esto entorpece la flexibilidad de la Comisión Local.</p>	
	Psicosocial	<p>La comunicación informal poco exitosa, un sistema desfavorecedor de sentimientos y relaciones interpersonales, y la desvalorización del profesional en P.S., son el principal obstáculo de índole psicosocial para la consolidación de la promoción de la salud como servicio del primer nivel de atención.</p>	
	Gestión	<p>El modelo de gestión en promoción de la salud, tanto de la CCSS en general como del Área de Salud en específico, es incompleto, pues prevalece la discrepancia entre las unidades organizativas de la institución relacionadas con la P.S., sobre el quehacer de este servicio. Esto conlleva a un detrimento en la calidad de definición de los componentes subsecuentes en la cadena de gestión, como la definición de los usuarios, la planificación, los objetivos, la ejecución y la obtención de resultados.</p>	

Fuente: Elaboración propia

A manera de cierre de este diagnóstico presentado en tres capítulos, cabe resaltar tres conclusiones globales sobre los resultados. En el apartado de la metodología se señaló que el objetivo de este diagnóstico es analizar el estado de la promoción de la salud como servicio público a la luz de la estructura organizacional del Área de Salud. Sobre esto, se pueden resumir los siguientes puntos para responder a dicha incógnita:

1. Hay una distorsión entre la misión y la razón de ser del primer nivel de atención de la CCSS, el cual por planteamiento está fundamentado en los principios de la atención primaria, pero en la realidad, la invisibilidad de la promoción de la salud en la estructura organizacional del Área de Salud erosiona los esfuerzos por prestar una atención integral en salud que complemente la intervención clínica.
2. La carencia de un planteamiento estratégico institucional claro y definido en P.S., la estructura organizacional del Área de Salud, el planteamiento estricto de lineamientos de trabajo por parte del Área de Salud Colectiva para las comisiones locales, así como la ausencia de recursos técnicos para el abordaje de la promoción de la salud desde un primer nivel, son los principales causantes (de carácter metodológico-administrativo) de la inexistencia de una oferta de servicios de promoción de la salud en Goicoechea 2.
3. Las perspectivas variadas y, en ocasiones, opuestas sobre el concepto de salud y promoción de la salud, la poca capacitación y formación permanente de profesionales del primer nivel sobre la gestión de la P.S., la ineficacia en los procesos de comunicación horizontales y verticales de los involucrados en el componente de P.S. en la institución, y la percepción de que la P.S. debería ser principalmente un elemento transversal en todos los servicios del Área de Salud, son los causantes (de carácter teórico-psicosocial) de la fragmentación de dicho componente a lo largo de la institución.

Limitaciones del diagnóstico

A. Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027

La recolección de datos del estudio se realizó entre los meses de Mayo y Agosto del 2022, pero fue hasta Noviembre del mismo año cuando se oficializó el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027, mientras que este autor tuvo acceso al mismo hasta el mes de Febrero del 2023. Ello imposibilitó la triangulación de los contenidos de este plan con los resultados de las entrevistas y otros documentos recopilados. Debido a esto, se percibió que lo mejor era no incluirlo en el apartado de resultados, ya que las entrevistas pudieran haber generado respuestas distintas en el contexto del Plan publicado. Por esto, resultaría incongruente establecer un diálogo entre la información recopilada a mitad de año con un documento que no existía en dicho momento.

Habiendo establecido esto, las conclusiones mantienen la postura de la ausencia de una visión estratégica institucional en promoción de la salud, pues esta era la situación estudiada en dicho momento. El lector tampoco debe asumir que la existencia de un Plan Institucional solventa algunas de las falencias encontradas en este diagnóstico, y por lo tanto no debe desestimarlas como inválidas o desactualizadas.

El Plan comienza detallando un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la P.S. en la CCSS, más conocido como FODA. Se desconoce si los argumentos planteados surgieron de una investigación o consulta a nivel nacional, o bien de las percepciones del equipo encargado del diseño del documento. En este FODA se incluyen algunas debilidades constatadas por el presente diagnóstico, tales como la ausencia de apoyo para la asignación de recursos, duplicidad y descoordinación, confusión conceptual y metodológica entre la P.S. y la prevención de la enfermedad entre funcionarios, la inexistencia de una oferta institucional y el recargo en las Comisiones Locales de Promoción de la Salud (CCSS, 2022).

Una debilidad identificada llama la atención, pues entra en conflicto con elementos medulares del Plan, como lo son su propósito y supuestos. Se menciona que los procesos de P.S. “se han limitado al trabajo de estilos de vida saludables, dejando de lado procesos para mejorar las condiciones vida de la población”. Sin embargo, se estableció que el propósito general del Plan sea que los usuarios “adquieran conocimientos y prácticas saludables basadas en los factores protectores de la salud”.

Entonces, cabe preguntarse ¿cómo se puede trascender la debilidad identificada sobre la ausencia de procesos para modificar las condiciones de vida de la población, si el principal objetivo de la estrategia institucional es enfocarse en conocimientos y prácticas saludables solamente?

El Plan incluye recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para alcanzar las metas planteadas desde el presente al 2027, incluyendo el abordaje de debilidades como la señalada anteriormente. En cuanto a los dos últimos tipos de recursos, el objetivo es que 95 Áreas de Salud tengan lo necesario al final del periodo. Para el recurso humano, se plantea explícitamente la contratación de 90 profesionales en promoción de la salud física, es decir ciencias del movimiento humano, en el primer nivel de atención para atender el “rezago en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles”, según se señala como observación. No obstante, el mismo documento propone como un supuesto (lo que debe pasar para que el Plan se cumpla con éxito) que los funcionarios de las Áreas de Salud “compartan una visión de salud como producto social”.

Esta misma idea fue desarrollada en el marco conceptual del presente documento, donde se señaló que al adoptar una visión de salud como producto social, la promoción de este fenómeno se dirige al abordaje de los elementos que la configuran. Esto se debe a que, como lo ha establecido la Organización Mundial de la Salud, la salud es influenciada por elementos “culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación, pero ejerce una influencia formativa poderosa en los patrones de la estratificación social, y por ende en la salud de las personas” (Solar e Irwin, 2010, p.25).

Entonces, debido a esto, la promoción de la salud está “fundamentalmente preocupada por la acción para abordar la gama completa de determinantes de la salud potencialmente modificables, no solo aquellos relacionados con acciones de individuos, sino todos los factores que están en gran medida fuera del control de individuos y grupos” (Organización Mundial de la Salud, 2021, p.4).

Ahora, que la CCSS sea una institución enfocada en la prestación de servicios de salud, en su mayoría clínicos, no quiere decir que la promoción de la salud desarrollada desde ella se enfoque desde una perspectiva biológica y preventiva de la enfermedad. La misma OMS señala la necesidad de reorientar los servicios de salud para que reflejen de mejor manera “las ambiciones

de la atención primaria”, incluyendo la acción sobre los determinantes de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2021, p.28).

La pregunta sigue en pie: ¿cómo puede contribuir la prevención de enfermedades crónicas por parte de profesionales en ciencias del deporte, a la modificación de las condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales que determinan la salud de la población? La respuesta a esta pregunta escapa al alcance de esta investigación. Lo que sí se puede asegurar, es que el propósito del Plan se contrapone al abordaje de la salud como producto social y, por ende, erosiona el fundamento más importante de la promoción de la salud.

Es por ello que los resultados de esta investigación siguen siendo relevantes, pues los elementos centrales del Plan fallan en presentar una propuesta con la que la CCSS pueda reorientar su primer nivel de atención hacia al abordaje de la salud desde sus determinantes, trascendiendo el enfoque exclusivo en conocimientos y prácticas saludables, pues estos representan solo una parte de todo lo que se entiende por salud como producto social. De esta forma, reorientar no es solo añadir a los otros servicios la parte de la promoción de la salud enfocada en la salud física.

B. Participación de población usuaria

La participación de la población adscrita al Área de Salud de Goicoechea 2 es esencial durante un diagnóstico de las necesidades que deben ser abordadas desde la promoción de la salud. Estas personas conocen de primera mano las características de su contexto, y poseen información clave que los servicios de salud deben incorporar en su planificación. Para esta investigación no fue posible contar con opiniones desde su perspectiva, pues factores como la cantidad de proponentes, el volumen de información obtenido y la cantidad de participantes para ambos objetivos específicos pesaron en la imposibilidad de reunir todavía más información. Esto se reconoce como una limitación del diagnóstico, por lo que desde su diseño se concibió un trabajo eminentemente institucional.

C. Participación de profesionales en promoción de la salud

Debido a que en toda la CCSS solo laboran 7 profesionales en promoción de la salud, se estableció la intención desde la metodología de entrevistar a cada uno de ellos. Sin embargo, no fue posible a pesar de los múltiples esfuerzos por el investigador de contactar en reiteradas ocasiones a cada uno. También, en algunas instancias era necesario pasar por otro proceso de revisión del protocolo previo a la entrevista, por lo que la propuesta sufriría retrasos significativos. En ese sentido, se entrevistó a las personas que decidieron colaborar con el trabajo, más se reconoce como una limitante pues con más información hay mayor riqueza de análisis.

D. Hackeo de los sistemas informáticos institucionales

Un factor que dificultó considerablemente la recolección de información fue el hackeo de las computadoras y sistemas de la CCSS en el 2022. Esto imposibilitó contactar a los funcionarios mediante correo electrónico, por lo que se tuvo que recurrir a otros medios de contacto, incluyendo el correo electrónico personal, mensajes de texto o coordinación mediante otros funcionarios. Esta situación retrasó el cronograma planificado, sin embargo, se logró contar con al menos un representante de todas las unidades organizacionales contempladas en el protocolo.

E. Carencia de investigaciones previas sobre el objeto de estudio

Finalmente, la evidencia científica sobre el diseño y la estructura de la promoción de la salud desde el escenario de servicios de salud de primer nivel es escasa. Específicamente, a nivel nacional es prácticamente inexistente, mientras que a nivel de Unidad Académica esta es la primera investigación de esta naturaleza. Si bien se ha investigado sobre el aporte de este campo de estudio al abordaje de necesidades de salud, el análisis desde una perspectiva de gestión no es la norma. Debido a esto, la fase exploratoria debió ser más amplia de lo que la modalidad de proyecto de graduación exige, lo cual era esencial para realizar una propuesta adecuada al contexto.

En ese sentido, el siguiente apartado del Trabajo Final de Graduación corresponde al diseño de la propuesta. Lo que se presenta atiende a una parte de toda la situación expuesta en este diagnóstico, pues precisamente desde una perspectiva sistémica, resulta imposible abordarla en su totalidad desde este trabajo. Sin embargo, es el objetivo del autor brindar una herramienta eficaz, práctica, técnicamente adecuada e innovadora, y con ello contribuir a la mejora de la promoción de la salud desde el Área de Salud.



Diseño:

Articulación de la Promoción de la Salud

Contenidos de la propuesta

El tercer y último apartado de este escrito brinda resolución al tercer y cuarto objetivo específico, a saber:

3. Determinar los procesos de promoción de la salud para el Área de Salud en estudio, a partir de la caracterización realizada.
4. Establecer una guía de los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud en estudio.

El documento creado para tal fin se titula “Matriz de innovación en servicios de salud: promoción de la salud desde el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social”, y consta de tres capítulos. El primero es un marco conceptual donde se detallan las definiciones de los conceptos utilizados a lo largo del documento, y se ubica al lector en el marco general bajo el cual se basa el documento.

El segundo capítulo contiene un mapa con todos los procesos de promoción de salud, un diagrama de flujo para cada uno de los procesos de promoción de la salud, así como una ficha con detalles específicos para cada proceso: la misión, límites, alcances (es decir actividades de inicio y fin), recursos sugeridos e instrumentos de registro para cada proceso. También, se proponen instrumentos para operativizar algunas de las actividades clave dentro de los procesos.

Finalmente, el tercer capítulo es una guía operativa donde se especifica la forma en que se construye un plan de trabajo, como se articulan los equipos de trabajo, como se diseñan objetivos e indicadores, como se construyen instrumentos de evaluación y como se monitorea la propuesta de acción de promoción de la salud.

Todo esto en conjunto forma la propuesta para articular la respuesta en promoción de la salud del primer nivel de atención, lo cual da respuesta al objetivo general de esta investigación.

Proceso de construcción

La Matriz nace a partir de una serie de metodologías aprobadas y utilizadas internacionalmente para la gestión de procesos y organizaciones, documentos institucionales de la Caja Costarricense de Seguro Social, los resultados del diagnóstico explicados y analizados en los apartados anteriores y, fundamentalmente, se construye como una propuesta del autor, estableciendo nuevos parámetros y formas de trabajo para la promoción de la salud desde los servicios de salud de primer nivel, siempre en el marco del ámbito de trabajo de la institución y del Área de Salud. Los documentos utilizados para la creación de la propuesta y sus respectivos autores son:

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). Gestión de proyectos de desarrollo: guía de aprendizaje.
- Beltrán, J., Carmona, M., Carrasco, R., Rivas, M., y Tejedor, F. (2009). Guía para una gestión basada en procesos.
- Bravo, J. (2008). Gestión de procesos.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). Manual Descriptivo de Puestos
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Plan estratégico institucional 2019-2022.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). Indicadores de Gestión para Área de Salud.
- Ministerio de Planificación y Política Económica. (2016). Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la Gestión para Resultados en el Desarrollo en Costa Rica.
- Mondelo, E., y Sánchez, R. (2020). Guía práctica de PM4R Agile. Banco Interamericano de Desarrollo e Instituto Latinoamericano para el Desarrollo Económico y Social.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI: marco conceptual y descripción.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.

- Organización Mundial de la Salud (2021). Health promotion glossary of terms 2021. Ginebra: Suiza.
- Solar, O., e Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).
- Thompson, A., Peteraf, M., Gamble, J., y Strickland, A.J. (2012). Administración estratégica: teoría y casos.

La Matriz es de autoría exclusiva del autor y se construyó a partir de los elementos esenciales y prácticos de los documentos señalados antes. El documento es un instrumento para gerenciar, planificar, ejecutar y evaluar los servicios de promoción de la salud desde el escenario de los servicios de salud de un primer nivel de atención, colocando a la persona, familia y comunidad en el centro de la atención. En ese sentido, es trascendental que la persona que utilice esta matriz goce de una preparación profesional óptima y especializada en promoción de la salud desde la perspectiva de salud pública para el desarrollo de las acciones, pues solo de esta forma se puede garantizar el éxito y el alcance de las metas, así como un óptimo trabajo interdisciplinario.

Adicionalmente, el documento fue validado por un representante de la Comisión Local de Promoción de la Salud del Área de Salud Goicoechea 2.

Finalmente, la matriz puede ser consultada en el Anexo 14.

Conclusión

Esta investigación reveló una serie de retos importantes que persisten en el camino de consolidar a la promoción de la salud como parte de la atención integral en salud ofrecida desde el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto no es un asunto menor, pues el reglamento del seguro de salud, el contexto epidemiológico y sociocultural, y las demandas en salud actuales a esta institución exigen que la promoción de la salud esté presente en el abordaje de la salud de la población usuaria. Recordando la pregunta de investigación y los objetivos que fundamentan este trabajo, es posible concluir lo siguiente:

¿Cómo articular la respuesta del primer nivel de atención en promoción de la salud, desde el Área de Salud de Goicoechea 2 de la Caja Costarricense de Seguro Social?

1. La consolidación de la promoción de la salud como servicio del Área de Salud requiere de una serie de supuestos, más allá de la definición de una oferta concreta.

Algunos de estos se explican en el apartado de recomendaciones, incluyendo la colocación de profesionales en promoción de la salud en niveles estratégicos, capacitación, re-diseño de la estructura organizacional y hasta un re-pensamiento del modelo de atención, lo cual que escapa el alcance de este proyecto de investigación. Sin embargo, una guía que oriente la gestión de los procesos (como la desarrollada en el presente escrito), es una alternativa importante que colabora en el desarrollo de capacidades en los funcionarios del primer nivel para planificar y evaluar propuestas de atención que aborden la demanda en salud desde la promoción de la salud. El manual se diseña reconociendo las limitaciones y retos que tiene el Área para ejecutar la propuesta, como la carencia de recursos, el recargo de funciones, la falta de capacitación y las limitaciones desde las oficinas centrales, pero también se plantea desde el potencial que tiene el servicio de promoción en el primer nivel.

2. Existe una inequidad en el acceso a las acciones de promoción de la salud del Área de Salud.

La Comisión Local de Promoción de la Salud debe ejecutar acciones bajo lineamientos de las oficinas centrales, y no basados en un diagnóstico de salud y sus determinantes desarrollado desde el nivel local. Algunos de estos lineamientos especifican, por ejemplo, que acciones educativas sobre habilidades para la vida o actividad física no se deben desarrollar con adultos mayores, basándose en ideas sesgadas de la salud de las personas solo por su edad. Esto quiere decir que las necesidades de salud por abordar no se definen desde un enfoque salutogénico analizando los determinantes sociales, sino desde un enfoque biomédico utilizando la edad de la persona y sus padecimientos. Desde este punto de vista, se genera una segmentación de la población que no permite a ciertos grupos de personas acceder a propuestas de promoción de la salud que aborden temas potencialmente relevantes para su contexto. Esta diferenciación es injusta y evitable, por lo que hay una inequidad en el acceso a la promoción de la salud.

3. Hay una desvalorización de la promoción de la salud con respecto a los otros servicios y acciones de la institución.

Los resultados apuntan a que persiste una confusión institucional importante en la definición de resultados en promoción de la salud medibles, alcanzables y con valor público. Por ejemplo, los indicadores de las Comisiones Locales no evalúan su aporte a la salud de los usuarios y se enfocan en producción solamente. Mientras que, hay una carencia de instrumentos de evaluación y seguimiento para las labores de los profesionales en la materia, lo que agudiza la invisibilidad de sus logros y experiencias. Esta situación provoca que, como lo apuntan las experiencias de los participantes, las autoridades políticas y jefaturas no reconozcan el impacto de la promoción de la salud en la población desde el escenario de los servicios de salud, precisamente a falta mecanismos de seguimiento apropiados. Finalmente, esto conduce a la escasez de recursos humanos, financieros, materiales y de tiempo para hacerle frente a la demanda de salud con procesos de promoción de la salud.

4. El profesional en promoción de la salud marca una diferencia importante en el Área de Salud, existan o no plantillas, guías, lineamientos, políticas y planes institucionales que orienten este componente.

El primer nivel de atención no cuenta con herramientas estandarizadas para planificar, ejecutar, evaluar y gestionar procesos de promoción de la salud. Pero, esta situación es subsanada en las Áreas de Salud que cuentan con profesionales en promoción de la salud, pues ellos mismos crean instrumentos gracias a su experticia en la materia, y en ocasiones colaboran en acciones de capacitación y asesoramiento experto a los profesionales de otras ciencias de la salud, para que ellos desarrollen acciones relacionadas con promoción de la salud desde sus respectivos servicios o en el seno de la comisión multidisciplinaria. Sin embargo, Goicoechea 2 no cuenta con un profesional, y los funcionarios no tienen una guía clara sobre el desarrollo de estos procesos, a pesar de la existencia de lineamientos emitidos por las oficinas centrales. Por lo tanto, los resultados demuestran el aporte del profesional al contexto del Área de Salud.

Recomendaciones

A partir de la experiencia durante todo el proceso de este trabajo final de graduación, y con base en los resultados del diagnóstico y las conclusiones de la investigación, se generan las siguientes recomendaciones:

1. A la CCSS: Incorporar profesionales en promoción de la salud (desde la salud pública) a los niveles técnicos y decisorios de la CCSS, en instancias regionales y oficinas centrales:

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica prepara profesionales licenciados en promoción de la salud, los cuales son autorizados para trabajar en el país bajo el Colegio de Médicos y Cirujanos. El manual de puestos de la CCSS incluye el perfil del promotor de salud, y le otorga legal y administrativamente las funciones inherentes al puesto. Es necesario que sean los profesionales especialistas en la materia los que lideren el proceso para cimentar el servicio no solo en el primer nivel de atención, sino también en toda la estructura organizacional de la institución en general. Los profesionales no tienen una coordinación nacional como el resto de los servicios, ni hay un punto de contacto en el nivel regional.

Tampoco hay profesionales en el Área de Salud Colectiva ni en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, quienes generan lineamientos para las comisiones locales de promoción de la salud. El recurso humano está capacitado y disponible, mientras la institución carece de herramientas para superar los fuertes retos en abordar la demanda en salud con procesos de promoción de la salud y fortalecer su modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria en salud, por lo que el mejor camino es equiparse con el recurso humano idóneo y experto en todas las áreas de la promoción de la salud.

2. A la CCSS y Área de Salud Goicoechea 2: Implementar el manual operativo diseñado en esta propuesta, o un documento similar, para mejorar la gestión de la promoción de la salud en el primer nivel de atención

Es imperativo que la planificación de acciones en promoción de la salud desde el Área de Salud se realice con base un diagnóstico comprehensivo de los determinantes que intervienen en el desarrollo de la demanda a la cual el centro debe atender. Es por ello que los profesionales del nivel local deben tener una herramienta que facilite esta gestión y sea la base para que ellos construyan los procesos, en lugar de interponer límites sin un sustento técnico. También, esta herramienta debe acompañarse de un proceso de capacitación real y profundo sobre la promoción de la salud y la atención primaria dirigida a todos los profesionales del primer nivel.

3. A la CCSS: Repensar el diseño funcional de la estructura organizacional de las Áreas de Salud, así como el de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud

La estructura por funciones del Área de Salud en la que cada servicio representa una vertical es incompatible con la Comisión Local de Promoción de la Salud, la cual es multidisciplinaria y por lo tanto horizontal a través de toda la organización. Ello crea por definición un recargo en las funciones tradicionales a las cuales los profesionales deben atender, y la comisión se considera la tarea adicional y no primordial. En ese sentido, se recomienda a las oficinas centrales de la CCSS tener una visión ambiciosa en la forma en que las Áreas de Salud pueden organizar su trabajo, tomando casos de éxito de otros sistemas de salud.

Una alternativa es trabajar por programas “horizontales” de necesidades de salud, integrados por profesionales de diversas ramas, en los cuales se generan propuestas de atención interdisciplinarias a la demanda en salud. Los profesionales estarían capacitados para trabajar en varios programas y rotarían según necesidad, por lo que sería posible tener más flexibilidad en la ejecución de procesos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y no estar primordialmente enfocados en la atención de la enfermedad, lo cual amenaza el modelo de atención primaria.

4. A la Escuela de Salud Pública y otras Unidades de Investigación de la Universidad de Costa Rica, profesionales en promoción de la salud y organizaciones relacionadas con la investigación en salud: Profundizar la investigación sobre el rol de la promoción de la salud en los servicios de salud

¿Cuál tarea sería más propia del profesional en promoción de la salud que generar conocimiento sobre su propio ámbito de acción? La profesionalización de esta nueva forma de trabajo es escasa a nivel internacional, por lo que existe una oportunidad única de realizar análisis desde diversos puntos de vista sobre el aporte de la promoción de la salud a un modelo de atención primaria, siendo visto más allá de una estrategia, enfoque o eje transversal. Este trabajo tomó el punto de vista de la gestión del servicio, pero, quedan muchas áreas por abordar: la comunicación y cultura organizacional, el fundamento teórico, la interdisciplinariedad, los usuarios y las necesidades auto-percibidas, los escenarios hospitalarios, las diferencias con el ente rector en salud, las implicaciones del liderazgo asumido por otros profesionales, entre otros.

5. A la CCSS: Sumar profesionales en promoción de la salud a puestos de dirección en las Áreas de Salud:

Actualmente se ha demostrado el valor de la salud pública como campo de conocimiento, especialmente su rol preponderante en el abordaje de la salud desde los colectivos, más allá del tratamiento individual. La perspectiva salutogénica, compartida por la Organización Mundial de la Salud, invita a hacer una ruptura de modelos hegemónicos y posicionar otros como la promoción de la salud, reconociendo su importancia para atender las demandas del contexto actual y evitar que las personas enfermen por asuntos evitables e injustos, es decir inequidades sociales de la salud. En efecto, esta perspectiva invita a abandonar la atención de la enfermedad como el centro de la atención de salud, y avanzar a colocar la promoción de la salud no solo como un servicio de “apoyo”, sino en el centro de toda la prestación de servicios de primer nivel.

En ese sentido, el perfil profesional del promotor de salud, graduado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica forma profesionales con una serie de competencias ideales para asumir la conducción de la Promoción de la Salud en las Área de Salud,

comprendiendo la multiplicidad de procesos concretados en bienes y servicios que aportan gran valor público a la salud de las poblaciones. Algunas de ellas son la gerencia de servicios, análisis organizacional, gestión de programas y proyectos, atención primaria, planificación estratégica sobre los determinantes de la salud, diagnóstico en salud, conducción intersectorial y con actores comunitarios, investigación en salud, entre otros. Aunado a esto, las habilidades blandas que se forman en la carrera permiten un trabajo interdisciplinario, con enfoque sistémico y desde las necesidades de la comunidad, para abordar la salud y consolidar un modelo de atención primaria en toda la estructura organizacional. En ese sentido, cabe hacer un llamado a reflexionar sobre cuál es el perfil idóneo para coordinar programas de atención primaria en un primer nivel de atención, con el fin de avanzar hacia abordajes innovadores de las necesidades de la población costarricense.

Finalmente, es importante para el autor reconocer que esta investigación no es exhaustiva en todo lo que implica entender la promoción de la salud desde la atención primaria, desde un primer nivel de atención, o desde los servicios de salud. De hecho, ninguna investigación jamás hecha logra abarcar la realidad del objeto de estudio en su totalidad, gracias a la riqueza y la naturaleza sistémica de la sociedad; siempre quedarán cuestionamientos por responder.

En ese espíritu, se invita a la persona lectora a reflexionar sobre una serie de preguntas pendientes, así como tomar alguna para generar su propia propuesta de investigación, y contribuir al desarrollo de conocimiento desde la promoción de la salud y la salud pública:

¿Quién debería desarrollar la promoción de la salud en el centro de salud cuando no hay un profesional en esta materia? ¿Un solo profesional de cualquier otra ciencia de la salud? ¿cuáles son sus métodos y posicionamientos teóricos? ¿cuáles competencias tiene para hacerlo? O por el contrario ¿debería ser un trabajo en equipo?, ¿cuáles profesionales deberían integrar dicho equipo y cuáles métodos y posicionamientos teóricos utilizan? ¿cómo integran los conocimientos de cada disciplina? O bien, ¿es un equipo multidisciplinario sin una articulación real de sus métodos y técnicas de trabajo?

¿Cuáles elementos diferencian a los procesos de promoción de la salud desarrollados desde un servicio de salud en comparación con aquellos desarrollados desde el ente rector? ¿Debería existir tal diferencia? ¿Tienen todos los sistemas de salud del mundo una división estricta entre prestación de servicios y rectoría en el ámbito local?

¿Cuáles indicadores, relevantes para los servicios de salud, miden el éxito, eficacia, efectividad y valor público de la promoción de la salud a corto, mediano y largo plazo? ¿Cómo medir la salud como producto social, no expresada en mortalidad o enfermedad?

¿Cómo rediseñar los servicios de primer nivel hacia una gestión para resultados? ¿Cómo reorientar las propuestas de atención actuales del primer nivel, a un método de trabajo que operativice la atención primaria y mejore el desarrollo humano y los determinantes de la salud?

Referencias

- Adam, T. (2014). Advancing the application of systems thinking in health. *Health Research Policy and Systems*, 12 (50), pp.1-5. <http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/50>
- Adam, T., y de Savigny, D. (2012). Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. *Health Policy and Planning*, 27, pp.iv1-iv3. doi:10.1093/heapol/czs084
- Área de Salud de Goicoechea 2. (2017). Análisis de Situación Integral en Salud.
- Alcalde-Rabanal, J., Molina-Rodríguez, J., y Castillo-Castillo, L. (2013). Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los Servicios Estatales de Salud: análisis comparativo en ocho estados de México. *Salud Pública de México*, 55 (3), pp. 285-293. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal133f.pdf>
- Alford, J. y Greve, C. (2017). Strategy in the Public and Private Sectors: Similarities, Differences and Changes. *Admin. Sci.*, 7 (35), pp.1-17. doi:10.3390
- Alzamora, E. (2017). Levantamiento, diseño, documentación y propuesta de mejora de los procesos de la dirección de procesos y cultura organizacional (DPCO) de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). [Tesis de grado, Escuela Politécnica Nacional]. Repositorio Digital Institucional - Escuela Politécnica Nacional.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2014). Ley 9234 Reguladora de Investigación Biomédica.
- Atun, R. (2012). Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy and Planning*, 27, pp.iv4-iv8. Doi: 10.1093/heapol/czs088
- Báscolo, E., y Blejer, G. (2016). Sistema Integrado de Salud en Argentina. Capacita Salud. http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/09/Sistema-Integrado-de-Salud-en-Argentina_EB_GB.pdf
- Beltrán, J., Carmona, M., Carrasco, R., Rivas, M., y Tejedor, F. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología.
- Bermúdez, D., Maroto, M., y Robleto, J. (2017). *Rediseño de los procesos sustantivos de Mantenimiento Industrial en la Cooperativa Dos Pinos R.L.* [Proyecto de Graduación, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Kérwá.

- Benzeval, M., Judge, K., y Whitehead, M. (1995). *Tackling inequalities in health: an agenda for action*. King's Fund Institute.
https://archive.kingsfund.org.uk/concern/published_works/000013857
- Bravo, J. (2008). *Gestión de procesos*. Editorial Evolución S.A.
- Caicedo, C., Gómez, A., Díaz, F., Muñoz, A., e Isaza, M. (2017). Hacia la atención en salud basada en el valor: revisión de la literatura. *Revista Médica Sanitas*, 20 (3), pp.175-184.
https://www.researchgate.net/profile/Alexander-Gomez-Rivadeneira/publication/330838468_Hacia_la_atencion_en_salud_basada_en_el_valor_revision_de_la_literatura/links/5c56661f92851c22a3a4ba08/Hacia-la-atencion-en-salud-basada-en-el-valor-revision-de-la-literatura.pdf
- Caja Costarricense de Seguro Social. (s.f.). Cultura Organizacional.
<https://www.ccss.sa.cr/cultura-organizacional>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2008). Plan institucional Promoción de la Salud 2008-2012.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Plan Estratégico Institucional 2015-2018.
<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/639>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016.
<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/652>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Memoria Institucional 2019.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Plan estratégico institucional 2019-2022.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). Manual Descriptivo de Puestos.
<https://rrhh.ccss.sa.cr/portalarh/documentos/manual-puestos.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&strTipM=TC
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027.

- Carmona, L., Rozo, C., y Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (1), pp.62-77.
- Carmona-De-Ríos, C. (2018). ¿Cuál es la importancia de implementar estrategias en las organizaciones?. *Revista Científica Anfibios*, 1 (1), pp.71-79.
<https://doi.org/10.37979/afb.2018v1n1.20>
- Cenobio-Narcizo, F., Guadarrama-Orozco, J., Medrano-Loera, G., Mendoza-De la Vega, K., González-Morales, D. (2019). Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 76, pp.203-209.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v76n5/1665-1146-bmim-76-05-203.pdf>
- Centro de crecimiento de Microsoft. (2019). Guía para principiantes sobre el uso de BPMN en las actividades comerciales cotidianas. <https://www.microsoft.com/es-ww/microsoft-365/business-insights-ideas/resources/the-guide-to-using-bpmn-in-your-business>
- Czresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, 15 (4), pp.701-709.
- Coats, D., y Passmore, E. (2008). *Public Value: The Next Steps in Public Service Reform*. The Work Foundation.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.549.8241&rep=rep1&type=pdf>
- Contreras, F. (2018). La gestión por procesos como una alternativa a la modernización de la gestión pública municipal [Tesis de Pregrado, Universidad de Concepción]. Repositorio - Universidad de Concepción.
- Consejo Universitario. (2020). Reglamento general de los trabajos finales de graduación em grado para la Universidad de Costa Rica.
- Danaee, H. (2012). Research paradigms in Public Administration. *Intl. J. Humanities*, 19 (4), pp.55-108.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.991.5975&rep=rep1&type=pdf>
- De Lellis, M. (2018). Estrategias de promoción y reorientación de los servicios de salud. *Diagnosis* (7). <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/133>
- De Savigny, D., y Adam, T. (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research. Organización Mundial de la Salud.

- Deming, E.W. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Duro, V. (2018). Approach to the Application of Business Process Management in the Cuban Public Administration. *Revista Internacional de Gestión del Conocimiento y la Tecnología*, 6 (1), pp. 59-67.
- El-Jardali, F., Adam, T., Ataya, N., Jamal, D., y Jaafar, M. (2014). Constraints to applying systems thinking concepts in health systems: A regional perspective from surveying stakeholders in Eastern Mediterranean countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 3 (7), pp.399-407. Doi: 10.15171/ijhpm.2014.124
- Ferro, M., Molina, L., y Rodríguez, W. (2009). La bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(2), 481-487. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&tlng=es.
- García, G., Solís, A., y Vargas, J. (2014). *Diseño de un sistema de gestión de operaciones para el departamento de Hemato-Oncología del Hospital México*. [Proyecto de graduación, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Kérwá.
- Greenhalgh, T., y Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16 (95), pp.1-6. <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-018-1089-4.pdf>
- Gómez, I., y Vargas, J. (2015) Modalidad Proyecto de Graduación en Comisión de Trabajos Finales de Graduación (Ed.), *Guía para la presentación de Trabajos Finales de Graduación*.
- Gutiérrez, R., y Salazar, R. (2009). *Manual de gestión organizacional por procesos del Área de Salud No.6 de "El Corazón"* [Tesis de grado, Universidad Técnica Estatal de Quevedo]. Repositorio Digital UTEQ.
- Hernández-Nariño A, Delgado-Landa A, Marqués-León M, Nogueira-Rivera D, Medina-León A, Negrín-Sosa E. (2016). Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(31), pp. 66-87. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyeps15-31.ggpp>
- Hernández, A., Medina, A., y Nogueira, D. (2009). Criterios para la elaboración de mapas de procesos. Particularidades para los servicios hospitalarios. *Ingeniería Industrial*, XXXX (2), pp. 1-7. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3604/360433569002.pdf>

- Hernández, A., Medina, A., y Nogueira, D. (2009). Herramientas para la mejora de procesos hospitalarios. Un procedimiento para su aplicación. *Ingeniería Industrial*, XXXX (2). Recuperado de: <https://rii.cujae.edu.cu/index.php/revistaind/article/view/257/250>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010). *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill.
- Jackson, S. (2011). Normalización de la promoción de la salud. *Global Health Promotion*, 18 (2), pp.84-86. Doi: 10.1177/1757975911404751
- Jiménez, S. (2011). Fortalecimiento a los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud Golfito. [Tesis de Maestría, Instituto Centroamericano de Administración Pública].
- Johansen, O. (1993). *Introducción a la teoría general de sistemas*. Editorial Limusa, México D.F. https://camilos03.files.wordpress.com/2015/08/1-_introduccion_a_la_teor%C3%ADa_general_de_sistemas_-_oscar_johansen2-libre.pdf
- Kwamie, A., Ha, S., y Ghaffar, A. (2021). Applied systems thinking: unlocking theory, evidence and practice for health policy and systems research. *Health Policy and Planning*, 00 (0), pp.1-3. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czab062>
- Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS. 22 de octubre de 1943
- Lönn, C., y Uppström, E. (2013). Process management challenges in Swedish public sector: a bottom up initiative. *International Conference on Electronic Government* (pp. 212-223).
- Marchán, C., y Oviedo, M. (2011). *Modelo de Organización y Gestión por Procesos en la Administración Pública del Ecuador*. Editorial IAEN. [https://editorial.iaen.edu.ec/wp-content/uploads/2016/06/Gesti%C3%B3n-por-procesos-en-la-administraci%C3%BAblica.pdf](https://editorial.iaen.edu.ec/wp-content/uploads/2016/06/Gesti%C3%B3n-por-procesos-en-la-administraci%C3%B3n-p%C3%BAblica.pdf)
- Martínez, A. (2015). *Una aproximación metodológica a la aplicación de técnicas de BPM para la mejora de los procesos de negocio en la Administración Pública* [Tesis de Maestría, Universidad de Granada]. [https://masteres.ugr.es/mbagestiontic/pages/revision/_doc/tfmmatriculadehonor/!](https://masteres.ugr.es/mbagestiontic/pages/revision/_doc/tfmmatriculadehonor/)
- Merino, B., Arroyo, H., Silva, J. (s.f.). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en una nueva Europa*. Ministerio de Sanidad y Consumo. https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/EHP_part2_ESP.pdf

- Ministerio de Planificación y Política Económica. (2016). Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la Gestión para Resultados en el Desarrollo en Costa Rica.
https://www.hacienda.go.cr/docs/5b61d2fe3e3ba_Marco%20conceptual%20y%20estrategico%20para%20el%20fortalecimiento%20de%20la%20GpRD%20en%20Costa%20Rica.pdf
- Ministerio de Salud. (2013). Indicadores básicos: situación de salud en Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/indicadores-basicos/indicadores-basicos-2013/2834-indicadores-basicos-2013/file>
- Mintzberg, H. (2005). *La estructuración de las organizaciones*. Editorial Ariel, S.A.
<http://cmap.upb.edu.co/rid=1P7XT3S2F-1M5J3G8-QS/Mintzberg%20Estructuraci>
- Mondelo, E., y Sánchez, R. (2020). *Guía práctica de PM4R Agile*. Banco Interamericano de Desarrollo e Instituto Latinoamericano para el Desarrollo Económico y Social.
- Object Management Group. (2013). Business Process Model and Notation (BPMN) Version 2.0.2. <https://www.omg.org/spec/BPMN/2.0.2/PDF>
- Ochoa, S., y Robayo, E. (2006). *Estructuración del sistema de gestión por procesos para el Área de Salud No.5 La Magdalena* [Tesis de Maestría, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio Institucional - Universidad Politécnica Salesiana.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington DC.: Estados Unidos. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las américas: una renovación para el siglo XXI: marco conceptual y descripción. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2017). OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica 2017, OECD Publishing, Paris.
<https://dx.doi.org/10.1787/9789264281653-en>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). The declaration of Alma-Ata.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/52703/WH_1988_Aug-Sep_p16-17_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ontario, Canadá. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Global Conference on Primary Health Care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Ginebra: Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José: Costa Rica. <http://iris.paho.org>.
- Osorio, J.C. (2017). *Introducción al pensamiento sistémico*. Programa Editorial, Universidad del Valle.
- Proulx, D. (2014). *Diagnóstico y cambio organizacional: Elementos claves*. Asociación para el Mejoramiento de la Educación Básica de Piura.
- Quesada, A.C., y Picado, L.I. (2014). Educación continua en promoción de la salud, desde una acción interinstitucional. *Diálogos: Revista de Historia, vol. especial*, pp.125-143.
- Rivas-Quarneti, N., Magalhes, L., y Movilla-Fernández, M.J. (2017). Contribuciones del Metaplan en Investigación Cualitativa Crítica em Ciencias de la Salud: un camino hacia la acción dialógica. *Investigación Cualitativa em Salud, 2*, pp.675-683.
- Robles, L., y Díaz, P. (2017). Aplicando la gestión por procesos en el sector salud del Perú. *Rev Acad Peru Salud, 24* (1), pp. 34-49. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4156.pdf>
- Rojas, A. (2014). Modelos de gestión por procesos integrados en salud. *Ene, 8*(3). <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000300008>
- Roth, A.N. (2007). *Políticas Públicas: Formulación, Implementación y Evaluación*. Ediciones Aurora.

- Salimbeni, S. (2019). Gestión de Procesos de Negocios en el Sector Público. *PODIUM*, 35, pp.69-86.
- Sáenz, M.R., Acosta, M., Muiser, J., y Bermúdez, J.L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53 (2), pp.S156-S167.
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es>
- Salazar, I.C. (2004). El paradigma de la complejidad en la investigación social. *Educere*, 8 (24), pp.22-25. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35602404.pdf>
- Siurana, J.C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas Revista de Filosofía y Teología*, 22, pp.121-157.
<https://www.redalyc.org/pdf/2911/291122193005.pdf>
- Solar, O., e Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).
https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Thompson, A., Peteraf, M., Gamble, J., y Strickland, A.J. (2012). *Administración estratégica: teoría y casos*. McGraw-Hill Companies Inc.
- Tregear, R., y Jenkins, T. (2007). Government Process Management: A review of key differences between the public and private sectors and their influence on the achievement of public sector process management. *BPTrends*. Recuperado de:
<https://www.bptrends.com/publicationfiles/10-07-ART-Govt.ProcessMgt.-Tregear%20and%20Jenkins-ph.pdf>
- Ugalde, M. (2013). *Diseño de los procesos de administración de Inventarios y Seguridad Ocupacional de la empresa Importadora Continental S.A.* [Proyecto de graduación, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Kérwá.
- Unidad Preparatoria de Proyectos. (1993). El proyecto de reforma del sector salud Resumen: Junio, 1993. *Acta Médica Costarricense*, 36 (1), 6-44.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v36n1/art3.pdf>
- Vargas, W. (2006). *Atención Primaria de Salud en Acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. San José, Costa Rica: EDNASSS.
<https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>

Von Bertalanffy, Ludwig. (1968). *Teoría General de Sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. Nueva York, Estados Unidos: George Braziller.

White, S., y Miers, D. (2009). *Guía de Referencia y Modelado BPMN: comprendiendo y utilizando BPMN*. Editorial Future Strategies Inc.

<https://users.dcc.uchile.cl/~nbaloian/DSS-DCC/Software/ModeladoBPMN.pdf>

Zaglul-Ruiz, J., Gamboa-Lizano, V., y Sáenz-Madrigal, M. (2020). *Atención Primaria a la salud: reflexiones del camino recorrido para afrontar los retos futuros*. Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública.

Anexos

Anexo 1. Acciones de promoción de la salud en el Área de Salud de Goicoechea 2

Tabla 12. Programas y acciones clasificadas como promoción de la salud, Área de Salud de Goicoechea 2, 2017.

Grupo o Taller	Temas abordados
<u>Habilidades sociales</u>	Manejo del enojo, habilidades emocionales para solucionar conflictos, genero y familia, prevención de la VIF
<u>Salud mental para mujeres</u>	Calidad de vida, automotivación, manejo del enojo, inteligencia emocional, depresión, nutrición saludable, perdón desde el punto de vista clínico, manejo de la timidez, lecciones de vida plena
<u>Clozapina</u>	Generalidades de clozapina, generalidades de esquizofrenia, comunicación familiar, manejo del enojo, manejo del estrés laboral, autoestima, bases de escuela para padres, relación de pareja, automotivación
<u>Escuela para padres</u>	Desarrollo psico emocional, educación en valores, trastornos emocionales en niños, déficit atencional, manejo de límites, inteligencias múltiples, adolescencia, prevención de conductas de riesgo, subculturas juveniles, prevención VIF y género, prevención y manejo del divorcio, automotivación, 7 leyes del éxito
<u>Clima organizacional (funcionarios del servicio de enfermería)</u>	Relaciones laborales, autocuidado, comunicación, clima organizacional
<u>Taller de Calidad de Vida para personas adultas mayores</u>	Autocuidado, salud mental, derechos de las Personas Adultas mayores, sexualidad, nutrición, redes sociales, mitos y proceso de envejecimiento, cuidados físicos de las PAM
<u>Red de Cuidadoras (es) de personas Adultas Mayores</u>	Primeros auxilios
<u>Grupo familiares (cuidadores) de personas adultas mayores</u>	Mejoramiento en la dinámica familiar y las relaciones familiares. Prevención de diversas formas de VIF, prevención del síndrome del burnout, sexualidad, derechos humanos, ley del adulto mayor
<u>Grupo de Apoyo a Madres/Padres/Cuidadores de Personas Menores de Edad</u>	Prevención de VIF, manejo de límites, derechos de los niños, niñas y adolescentes, salud mental, adecuaciones curriculares, disciplina positiva, redes de apoyo
<u>Grupo de Adultos (as) Mayores</u>	Prevención de VIF, envejecimiento integral y activo, papel de la familia, redes de apoyo, Ley Integral de la PAM, autocuidado.
<u>Grupo de Arteterapia</u>	Trabajo de las emociones a través de técnicas de Arteterapia
<u>Taller de prevención deterioro cognitivo mayor</u>	Detección y estudio de pacientes con deterioro cognitivo, Aplicación de escalas, abordaje grupal, Psicoeducación al paciente y ala familia
<u>Promoción de salud mental para adultos mayores</u>	Promoción de estilos de vida saludables con enfoque en salud mental para adultos mayores
<u>Grupo de actividad física para población general</u>	Promoción de actividad física y la salud mental
<u>Taller para pacientes Diabéticos</u>	Educación a pacientes diabéticos sobre alimentación y temas relacionados directamente con su enfermedad.
<u>Manejo Grupal de la Depresión</u>	Temas para modificar los esquemas cognitivos y conductuales depresogénos mediante la psicoeducación.

Grupo o Taller	Temas abordados
<u>Manejo grupal del Trastorno ansioso</u>	A. Psico-educación en torno a qué es la Ansiedad y el Ataque de Pánico. B. Entrenamiento en técnicas de respiración y relajación. C. Espacio vivencial – relatos de las experiencias personales (abordaje del emergente). D. Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. E. Aplicación de técnicas Gestálticas. F. Entrenamiento en habilidades sociales
<u>Manejo Grupal de Mujeres que han Experimentado Violencia Intrafamiliar</u>	Temas para promover un mayor bienestar personal a mujeres que han estado expuestas a violencia intrafamiliar, mediante la reflexión de sus experiencias, reconocimiento de recursos emocionales y fortalezas personales para superar los eventos negativos vivenciados.
<u>Grupo de salud mental en adolescentes</u>	Factores de riesgo, factores protectores, autoestima, afectividad, asertividad, sexualidad, derechos, expresión de emociones, abuso sexual, violencia en hogar, ideación suicida, red de apoyo familiar, acoso escolar, alteraciones en el estado de ánimo, reacciones ansiosas, noviazgo, autocuidado, salud mental
<u>Grupo de abordaje del duelo</u>	Elaboración del proceso de duelo, expresión de emociones, etapas del duelo, tareas del duelo, dificultades clínicas presentes en la elaboración del duelo, reacciones afectivas, formas de afrontamiento, tipos de duelo, técnicas de relajación, red de apoyo familiar y social, reacciones depresivas ansiosas
<u>Grupo de apoyo a mujeres con cáncer de mama</u>	Psicoeducación al proceso de cáncer, estrategias de afrontamiento, reacciones depresivas ansiosas, proceso de ajuste al tratamiento, conciencia de la enfermedad, red de apoyo familiar, respuestas fisiológicas al tratamiento de quimioterapia, radioterapia, tipos de tratamiento, estrategias de autocuidado, prevención de la enfermedad, ejercicios de rehabilitación
<u>Grupo de ex fumadores</u>	Grupo de apoyo a ex fumadores. Terapia conductual de apoyo al mantenimiento de estrategias de abstinencia al fumado, abordaje de estresores personales y del ambiente, red de apoyo familiar, prevención de recaídas, alteraciones en el estado de ánimo, manejo de ansiedad, estrategias de auto cuidado
<u>Clínica de cesación de fumado</u>	Beneficios de dejar de fumar, síndrome de abstinencia, conciencia de la conducta del fumado, estrategias de autocontrol, relajación muscular, autoestima, red de apoyo familiar, terapia cognitiva-conductual para cese de fumado, estrategias de afrontamiento al no fumado, enfermedades asociadas al trabajo, tratamientos farmacológicos de apoyo
<u>Grupo de personas con obesidad y enfermedades crónicas</u>	Educación nutricional
<u>Taller de niños.</u>	Educación sobre el estado nutricional y la alimentación saludable.
<u>Es hora de comer rico, jugar y crecer</u>	Educación sobre alimentación y ejercicio en niños
<u>Alimentación saludable vs. Comida chatarra, en adolescentes</u>	Alimentación saludable y ejercicio en adolescentes.
<u>Diversión en nuestros espacios públicos</u>	Sin criterios de exclusión, únicamente que puedan realizar ejercicio o movimientos.
<u>Educación a pacientes con DM</u>	Educación a pacientes diabéticos sobre alimentación y temas relacionados directamente con su enfermedad.
<u>Bebé sano en odontología</u>	Abordaje de factores de riesgo de enfermedad bucodental
<u>Grupo de personas con obesidad y enfermedades crónicas</u>	Educación nutricional
<u>Población general</u>	Ejercicio y educación en salud

Fuente: elaboración propia con base en información de Área de Salud de Goicoechea 2, 2017.

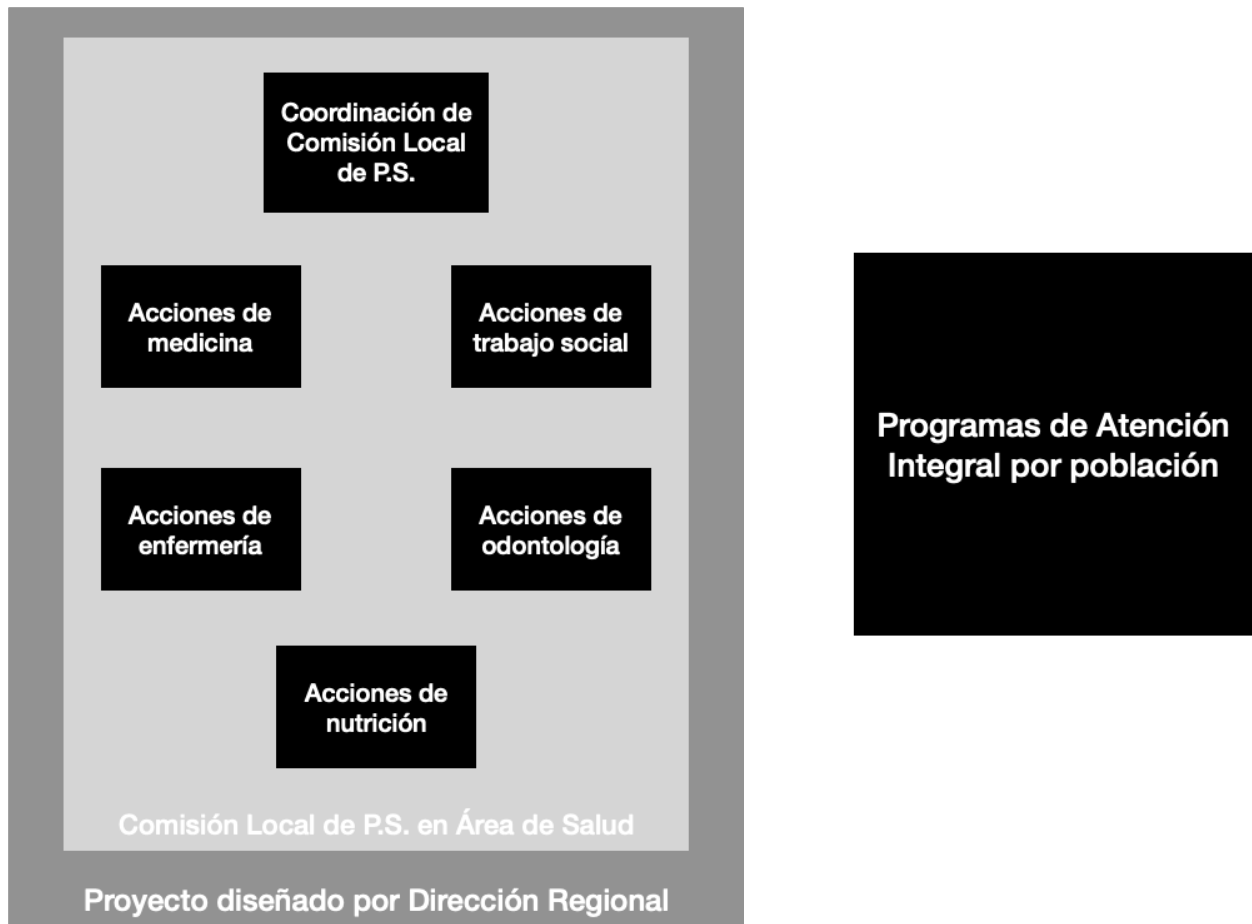
Anexo 2. Comunicaciones personales

Tabla 13. Comunicaciones personales para la construcción del problema de estudio.

Código	Puesto	Fecha
Participante 1	Promotor de Salud en Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.	28 de mayo de 2021
Participante 2	Promotor de Salud en Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.	02 de junio de 2021
Participante 3	Promotor de Salud en Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.	07 de junio de 2021
Participante 4	Comisión Local en Promoción de Salud en Área de Salud Goicoechea 2 de la Caja Costarricense de Seguro Social.	13 de junio de 2021

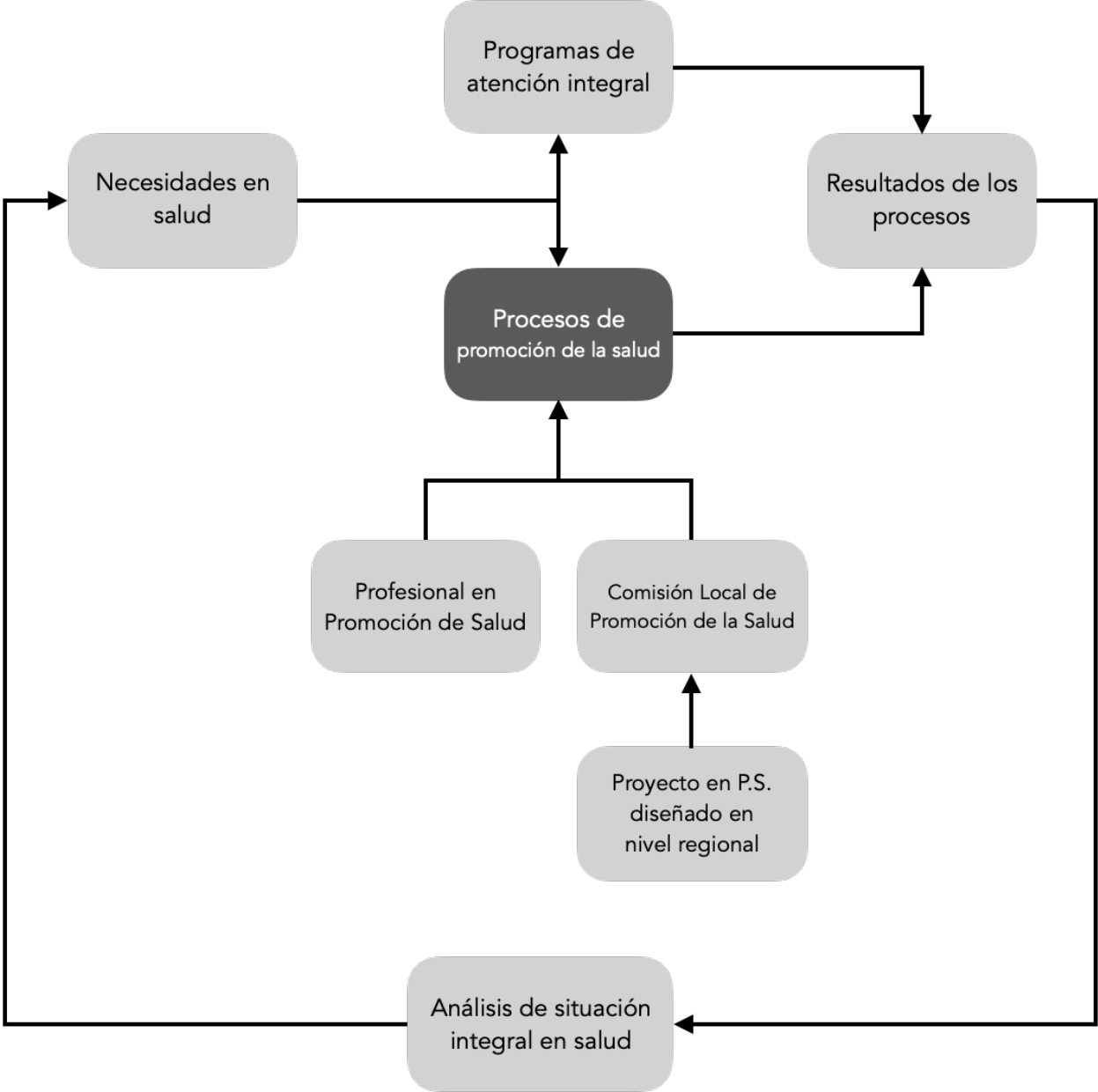
Anexo 3. Representaciones visuales del problema en estudio

Figura 29. Desarrollo actual de la promoción de la salud en el Área de Salud de Goicoechea 2.



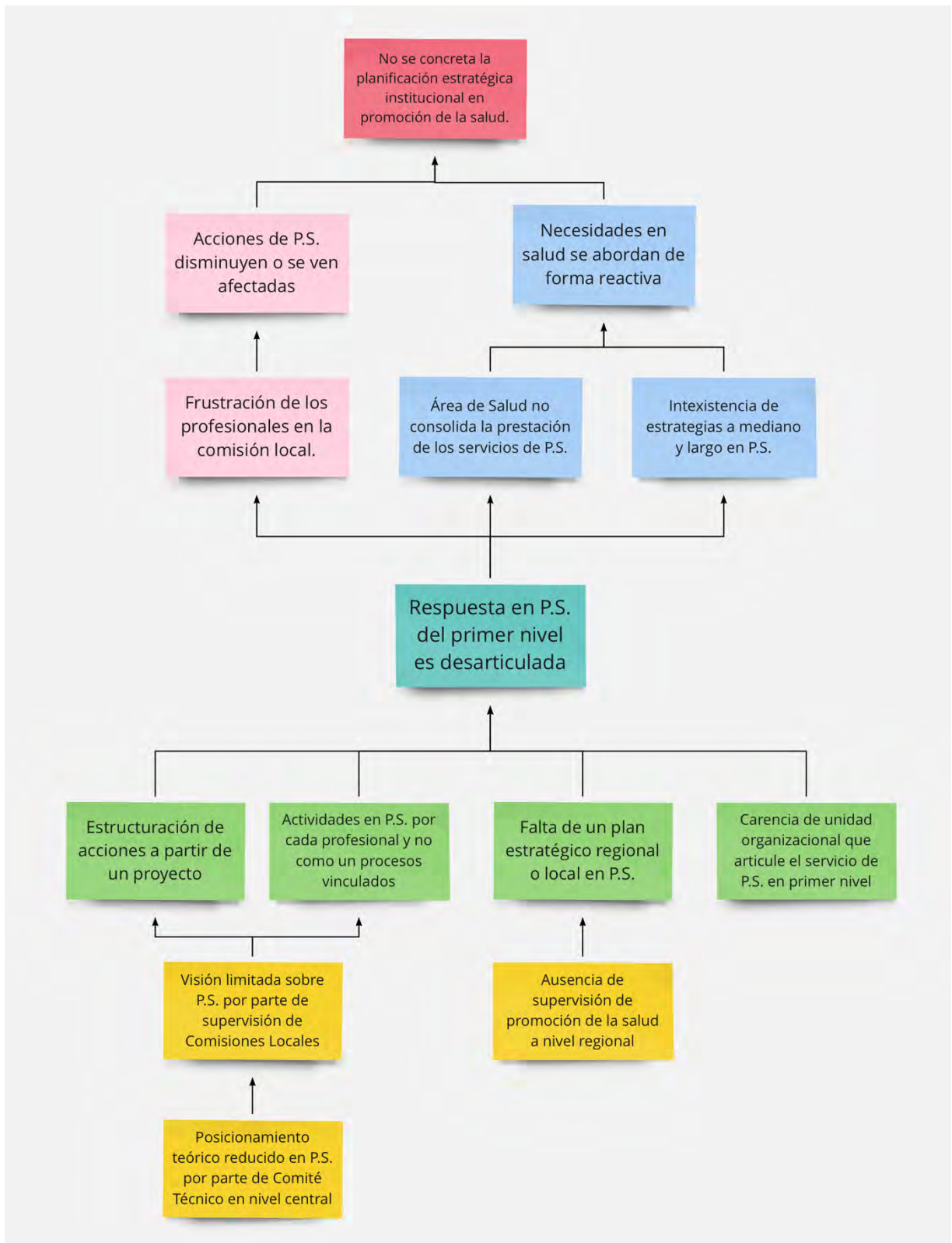
Fuente: elaboración propia con base en información recopilada en comunicaciones personales.

Figura 30. Visión sistémica de la respuesta en promoción de la salud del primer nivel de atención de la CCSS, incorporando la propuesta de procesos de este TFG.



Fuente: elaboración propia

Anexo 4. Árbol de problemas para la propuesta de Trabajo Final de Graduación



Fuente: elaboración propia con base en comunicaciones personales.

Anexo 5. Identificación de constructos para los objetivos específicos

Tabla 14. Identificación de constructos para objetivo específico 1.

Objetivo específico 1	Describir la estructura organizacional del Área de Salud de Goicoechea 2 como primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.
Identificación de constructos	Estructura organizacional
Definición teórica del constructo	Es el conjunto de bases utilizadas por las empresas para dividir sus actividades y sobre cómo lograron coordinarlas (Prolux, p.70)
Definición operativa	Misma de la teoría
Identificación de subconstructos	Bases, división, coordinación, actividades
Jerarquización	Bases, actividades, división, coordinación
Redacción estética	Bases utilizadas para organizar las actividades
	Actividades necesarias para la prestación de servicios
	División de las actividades de acuerdo con las necesidades de la organización
	Coordinación de las actividades necesarias para la prestación de servicios

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15. Identificación de constructos para objetivo 2.

Objetivo específico 2	Caracterizar las acciones de promoción de la salud desde de un enfoque de gestión para resultados, en el Área de Salud en estudio.
Identificación de constructos	Acciones de promoción de la salud desde un enfoque de gestión para resultados.
Definición teórica del constructo	Proceso de transformación de los insumos y actividades en productos, de cuya utilización se obtienen efectos e impactos para el desarrollo sostenible y la consecuente generación de valor público.
Definición operativa	Conjunto de actividades que transforman insumos en servicios de valor público con enfoque de determinantes.
Identificación de subconstructos	Actividades, insumos, servicios, valor público, enfoque de determinantes
Jerarquización	Enfoque de determinantes, servicios, valor público, actividades, insumos
Redacción estética	Servicios enfocados desde los determinantes de la salud.
	Prestación de servicios dirigidos a la promoción de la salud
	Valor público generado por los servicios de promoción de la salud.
	Actividades como parte de los servicios
	Insumos necesarios para las actividades

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16. Identificación de constructos para objetivo 3.

Objetivo específico 3	Determinar los procesos de promoción de la salud para el Área de Salud en estudio, a partir de la caracterización realizada
Identificación de constructos	Propuesta de procesos de promoción de la salud
Definición teórica del constructo	Constructo propio
Definición operativa	Estructuración de promoción de la salud a partir de la descripción y análisis procesos.
Identificación de subconstructos	Estructuración de promoción de la salud, descripción de procesos, análisis de procesos.
Jerarquización	Estructuración de promoción de la salud, descripción de procesos, análisis de procesos.
	Estructuración de promoción de la salud a partir de procesos
Redacción estética	Descripción de procesos de promoción de la salud
	Análisis de procesos de promoción de la salud

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17. Identificación de constructos para objetivo 4.

Objetivo específico 4	Establecer una guía de los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud en estudio.
Identificación de constructos	Guía de los procesos diseñados
Definición teórica del constructo	Soporte de información para recabar características relevantes en la gestión del proceso
Definición operativa	Soporte de información que articula la gestión de los procesos en promoción de la salud
Identificación de subconstructos	Soporte de información, articulación, gestión de procesos en promoción de la salud
Jerarquización	Gestión de procesos en promoción de la salud, articulación, soporte de información
Redacción estética	Gestión de procesos en promoción de la salud
	Articulación de los procesos en promoción de la salud
	Soporte de información para la articulación de los procesos

Fuente: Elaboración propia

Anexo 6. Ficha para la sistematización de documentos

CATEGORÍA DE INFORMACIÓN	COLUMNA
Nombre del documento	1
Fecha de obtención	2
Lugar de obtención (físico o virtual)	3
Quién lo realizó	4
Naturaleza del documento (política, lineamiento, etc)	5
Uso para el estudio (momento metodológico)	6
Fuente de recolección (entrevista o búsqueda personal)	7
Citas, ideas o páginas útiles para la triangulación	8

Tabla 18. Sistematización de hallazgos en la revisión documental

1	2	3	4	5	6	7	8

A tener en cuenta para búsqueda en documentos internos:

- Cantidad de jefaturas de servicios en el Área de Salud
- Cantidad de personas vinculadas directamente a la atención en salud (excluyendo servicios de apoyo como seguridad, bodegas, administrativos u otros)
- Cantidad de personas en puestos de apoyo
- Normativas, políticas o lineamientos para evaluar procesos de promoción de la salud

Anexo 7: Guía de entrevista para funcionarios del Área de Salud Goicoechea 2

ELEMENTOS DE LA ENTREVISTA	RESPUESTA
Código del sujeto	
Fecha de la entrevista	
Hora de inicio	
Hora de finalización	
¿Se realizó el proceso y firma del consentimiento informado?	Sí () No ()
DATOS GENERALES	
Sexo	H () M ()
Puesto que desempeña	
Tiempo de estar en dicho puesto	
Departamento al que pertenece	
Jefe inmediato (puesto)	
¿Tiene personas a cargo?	Sí () No ()
¿Cuántas personas tiene a cargo?	

Esta ficha se aplica a todos los sujetos entrevistados, posteriormente se continúa con la guía correspondiente.

Guía de preguntas para la Dirección Médica:

Sección 1: Rol de la dirección médica

1. Para empezar me gustaría saber ¿cuánto tiempo lleva en este cargo y cuál es su perfil profesional? Si posee alguna especialización, maestría, etc.
2. ¿Cuáles diría usted que son sus funciones como Directora Médica del Área de Salud?
3. ¿Me podría comentar cómo se realiza la coordinación del trabajo entre el nivel local con el regional/nacional? ¿Cómo se realiza el proceso de rendición de cuentas para su caso específico?
4. Ahora bien, ¿de qué forma supervisa las actividades de las personas que tiene a cargo?
¿Existen lineamientos, manuales u otros documentos para guiar dicha supervisión?
¿Sería posible tener acceso a esos documentos?
5. ¿Existe algún documento que indique cuántas personas en el Área de Salud están vinculadas directamente a la atención de salud? ¿Cuántas en servicios de apoyo como seguridad, bodegas, administrativos u otros?
6. ¿Está usted a cargo directamente de personas en los servicios de apoyo o existen jefaturas intermedias para dichos servicios?
¿Cuáles serían esas jefaturas?
Si no existen dichas jefaturas, ¿de qué forma se da seguimiento su trabajo?

Sección 2: Planificación en el Área de Salud

7. ¿Me podría comentar cómo se aproximan a las necesidades en salud del Área? ¿Cuál es el proceso para determinar estas prioridades y cómo abordarlas?
8. ¿Cómo se realiza la planificación del trabajo en el Área de Salud en general? ¿Existen personas a lo interno del Área de Salud dedicadas, exclusivamente, al componente técnico en términos de planificación, emitir lineamientos o directrices, elaborar manuales u otro tipo de guías?
¿Cuál es o son los puestos de esta(s) persona(s)?
Si no, ¿conoce dónde se ejecuta este componente técnico a nivel de CCSS?
9. ¿Cómo se realiza la planificación de las acciones en Promoción de la Salud? ¿Hay algún proceso en específico?
10. En cuanto al presupuesto del Área, ¿cómo se asigna la inversión del dinero disponible? ¿Hay alguna partida específica para las acciones en Promoción de la Salud?
11. ¿Considera que existen suficientes recursos (humanos, materiales, financieros) para las acciones en Promoción de la Salud? ¿Por qué?

Sección 3: Cierre

12. ¿Cuáles diría usted que son los principales retos para alcanzar sus objetivos como Directora Médica?
13. De forma general, ¿considera que todos los funcionarios del Área de Salud tienen claridad en sus responsabilidades respectivas? ¿Por qué?
14. ¿Cuáles considera usted que han sido o son los principales aciertos y retos en cuanto a las acciones de promoción de la salud que desarrolla el Área de Salud?

Guía de preguntas para participantes vinculados a la atención en salud

1. Para comenzar me gustaría que comentara ¿Cómo es un día usual de trabajo para usted? ¿Con quiénes trabaja de forma más cercana?
2. ¿Cuáles diría usted que son las funciones principales para su cargo?
3. ¿Hay actividades o procesos que son estandarizados? Es decir, se aplican de la misma forma a todos los usuarios
4. En contraste, ¿hay procesos que se adaptan a las necesidades de los usuarios? ¿De qué forma?
5. ¿Cuánta autonomía percibe usted en su ejercicio profesional, considerando los manuales de procedimientos que hay para su puesto? ¿Hay espacio para realizar acciones basadas en su criterio profesional?
6. Dentro de su disciplina, ¿se coordinan las actividades o procesos para la prestación del servicio o cada persona trabaja por aparte?
¿De qué forma se coordinan? ¿Hay lineamientos específicos al respecto?
7. ¿Existen guías o manuales para coordinar actividades o procesos entre servicios (nutrición, medicina, enfermería, etc)?
8. ¿Cómo se sistematiza el trabajo que usted realiza? (¿EDUS?) ¿Hay algún reporte trimestral, mensual o anual que usted deba realizar?
Mecanismos de seguimiento, monitoreo y/o evaluación de sus acciones para la mejora de los procesos que realiza
9. Considerando la atención y los procesos que usted realiza, ¿qué diría usted que puede esperar el usuario al finalizar dicha atención?
10. ¿Considera usted que tiene completa claridad en cuanto a sus responsabilidades? ¿Por qué?
11. ¿Cuáles son los principales obstáculos para alcanzar sus objetivos en su ejercicio profesional?

Guía de preguntas para participantes vinculados al área de gestión

1. Para comenzar me gustaría que comentara ¿Cómo es un día usual de trabajo para usted? ¿Con quiénes trabaja de forma más cercana?

2. ¿Cuáles diría usted que son las funciones principales para su puesto?

3. ¿Cuánta autonomía percibe usted en su ejercicio profesional, considerando los manuales de procedimientos que hay para su puesto?

4. Dentro de su departamento, ¿se coordinan las actividades o procesos para alcanzar los objetivos o cada persona trabaja por aparte?

¿De qué forma se coordinan? ¿Hay lineamientos específicos al respecto?

5. ¿Existen guías o manuales para coordinar actividades o procesos entre departamentos (contabilidad, recursos humanos, finanzas, etc)?

6. ¿Cuáles diría usted que son los principales productos de los procesos y actividades que usted realiza? Por ejemplo, documentos, informes, etc.

7. ¿Cómo se sistematiza el trabajo que usted realiza? (¿EDUS?) ¿Hay algún reporte trimestral, mensual o anual que usted deba realizar?

Mecanismos de seguimiento, monitoreo y/o evaluación de sus acciones para la mejora de los procesos que realiza

8. ¿Considera usted que tiene completa claridad en cuanto a sus responsabilidades? ¿Por qué?

9. ¿Cuáles son los principales obstáculos para alcanzar sus objetivos en su ejercicio profesional?

Guía de entrevista para participantes vinculados a servicios de apoyo

1. Para comenzar me gustaría que comentara ¿Cómo es un día usual de trabajo para usted? ¿Con quiénes trabaja de forma más cercana?

2. ¿Cuáles diría usted que son las funciones principales para su puesto?

3. ¿Cómo se sistematiza el trabajo que usted realiza? (¿EDUS?) ¿Hay algún reporte trimestral, mensual o anual que usted deba realizar?

Mecanismos de seguimiento, monitoreo y/o evaluación de sus acciones para la mejora de los procesos que realiza

4. ¿Cuánta autonomía percibe usted en su quehacer, considerando los manuales de procedimientos que hay para su puesto?

5. Dentro de su departamento, ¿se coordinan las actividades o procesos para alcanzar los objetivos o cada persona trabaja por aparte?

¿De qué forma se coordinan? ¿Hay lineamientos específicos al respecto?

6. ¿Cuáles diría usted que son los principales productos o resultados de las actividades que usted realiza? Es decir, con qué objetivo realiza las actividades.

7. ¿Considera usted que tiene completa claridad en cuanto a sus responsabilidades? ¿Por qué?

8. ¿Cuáles son los principales obstáculos para alcanzar sus objetivos en su quehacer?

**Guía de preguntas para integrante de
comisión local de promoción de la salud (CLPS)**

1. Desde su experiencia profesional, ¿cómo entiende la salud?
2. Desde su experiencia profesional, ¿cómo entiende la promoción de la salud (P.S.)?
3. ¿Cómo describiría usted el contexto sociocultural de los sectores geográficos adscritos al Área de Salud con los cuales le corresponde trabajar?
4. ¿Cuál es el perfil de la población que participa/debe participar en los procesos de P.S.?
5. ¿Qué sustenta la conformación de la CLPS? ¿Se dio mediante una directriz, plan o política?
¿Cuál es su razón de ser?
6. ¿Cuáles diría usted que son las funciones principales/objetivos de la CLPS?
7. ¿Cómo se planifica el trabajo de la CLPS? ¿Cuáles herramientas utiliza?
8. ¿Existen guías o manuales para coordinar actividades o procesos entre las disciplinas de la CLPS? ¿se hace esta coordinación o cada persona trabaja por aparte?
9. ¿Cuáles insumos son necesarios para llevar a cabo las actividades de la CLPS? Recursos humanos, físicos, técnicos, de planificación y otros.
10. ¿Hay algún proceso de evaluación para las acciones que se realizan en P.S.?
11. ¿Existe supervisión de las actividades que se realizan? ¿Cómo se da ese seguimiento?
12. Me gustaría que me comente acerca de la coordinación con el nivel regional y nacional en promoción de la salud, ¿hay comunicación en ambas direcciones (arriba-abajo)?
13. ¿Considera usted que tiene completa claridad en cuanto a sus responsabilidades dentro de la CLPS? ¿Por qué?
14. ¿Cuáles diría usted que son/deberían ser los principales procesos de Promoción de la Salud a nivel de Área de Salud?
15. ¿Cuáles diría usted que son/deben ser los principales resultados, efectos o impactos que se generan por el desarrollo de procesos de promoción de la salud desde el Área de Salud? (en términos de cambios en la población, impactos generados, etc.)
16. ¿Cuáles diría usted que son los principales retos y oportunidades para la P.S. en el primer nivel de atención de la CCSS?

Desde la estructura del Área de Salud y el abordaje de las necesidades en salud

Anexo 8: Guía de entrevista para profesionales en promoción de la salud que laboran en Áreas de Salud de la CCSS

ELEMENTOS DE LA ENTREVISTA	RESPUESTA
Código del sujeto	
Fecha de la entrevista	
Hora de inicio	
Hora de finalización	
¿Se realizó el proceso y firma del consentimiento informado?	Sí () No ()
DATOS GENERALES	
Sexo	H () M ()
Tiempo de estar en el puesto	
Jefe inmediato (puesto)	
¿Tiene personas a cargo?	Sí () No ()
¿Cuántas personas tiene a cargo?	

- Desde su experiencia profesional, ¿cómo entiende la salud?
- Desde su experiencia profesional, ¿cómo entiende la promoción de la salud (P.S.)?
Objetivo principal de la P.S.
- ¿Cómo describiría usted el contexto sociocultural de los sectores geográficos adscritos al Área de Salud con los cuales le corresponde trabajar?
- ¿Cuál es el perfil de la población que participa en los procesos de promoción de la salud que usted realiza?
- ¿Cuáles herramientas utiliza para la planificación de acciones en P.S.? (Por ejemplo FODA, Marco Lógico, Análisis de actores, etc.)
- Imaginando un organigrama del Área de Salud, ¿dónde diría que se ubica usted?
- ¿Cuáles son las principales actividades que usted realiza en su ejercicio profesional? Vinculadas más que todo al día a día.

8. ¿Cuáles insumos son necesarios para llevar a cabo estas actividades? Recursos humanos, físicos, técnicos, de planificación y otros.
9. Desde su experiencia, ¿cuáles son los principales productos inmediatos que se obtienen a partir de dichas actividades que realiza en su día a día? Por ejemplo si la actividad es una reunión el producto sería una lista de acuerdos
10. ¿Cuáles diría usted que son los principales procesos de Promoción de la Salud a nivel de Área de Salud?
11. ¿Cuáles diría usted que son los principales resultados, efectos o impactos que se generan por el desarrollo de procesos de promoción de la salud desde el Área de Salud? (en términos de cambios en la población, impactos generados, etc.)
12. ¿Existe algún tipo de monitoreo o evaluación para las acciones que usted realiza desde promoción de la salud? ¿Hay indicadores específicos para P.S. dentro del Área de Salud?
13. ¿Hay algún seguimiento que se realiza a su desempeño profesional? ¿Se realiza algún reporte al sistema EDUS?
14. Me gustaría que me comente acerca de la coordinación con el nivel regional y nacional en promoción de la salud, ¿hay comunicación en ambas direcciones (arriba-abajo)?
15. ¿Hay mecanismos para la incorporación de resultados a la mejora de las acciones que se realizan? Es decir, algún tipo de retroalimentación
16. ¿Cuáles acciones o procesos considera usted que podrían desarrollarse para la reorientación de los programas de atención directa, desde una perspectiva de los determinantes de la salud?
17. ¿Cuáles insumos cree usted que son o serían necesarios para desarrollar dichas acciones?
18. ¿Cuáles productos considera usted que se esperarían de estas acciones? Por ejemplo, documentos o lineamientos nuevos, informes de calidad u otros.
19. ¿Cuáles considera usted que serían los principales resultados o efectos del desarrollo de acciones para la reorientación de los programas de atención directa?
20. ¿Cuáles diría usted que son los principales retos y oportunidades para la P.S. en el primer nivel de atención de la CCSS?

Desde la estructura del Área de Salud y el abordaje de las necesidades en salud

Anexo 9: Guía para el desarrollo del Metaplan con la Comisión Local de Promoción de la Salud en Goicoechea 2.

Metaplan:

Objetivo	Generar una línea base para el diseño de un mapa de procesos de promoción de la salud, a partir de los componentes de un servicio público y mediante la discusión crítica de los integrantes de la Comisión Local de Promoción de la Salud del Área de Salud de Goicoechea 2.		
Actividad	Procedimiento	Insumos	Tiempo
Presentación	Cada persona se presenta, dice su nombre, disciplina y expectativas de la sesión de trabajo		
Explicativa	El facilitador explica la dinámica de la sesión, el objetivo y cuatro conceptos clave para guiar el enfoque de la discusión: Gestión para Resultados, Servicio Público, Promoción de la Salud y Valor Público de la Promoción de la Salud. Estos serán colocados en afiches y pegados en la pared de la sala de sesiones, para facilitar su repaso.	Sillas y mesa	15 min
Participativa	<p>1) El facilitador presenta las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuáles características del contexto y de la población usuaria reflejan la necesidad de desarrollar procesos de promoción de la salud?</p> <p>¿Cuáles son los resultados a mediano y largo plazo de la Comisión Local de Promoción de la Salud en la población usuaria?</p> <p>¿Cuáles resultados se espera que la Comisión Local de Promoción de la Salud obtenga anual o bianualmente?</p> <p>¿Cuáles procesos se realizan desde la Comisión Local de Promoción de la Salud para alcanzar estos resultados?</p> <p>¿Cuáles insumos se utilizan para desarrollar estos procesos?</p>	Fichas de colores, pilots, lapiceros, cinta, pizarra	<p>10 min por pregunta</p> <p>(7 para reflexionar y 3 para repetir pasos 3 y 4)</p>

	<p>2) El facilitador entrega fichas de color amarillo a los participantes, quienes deberán escribir ideas en cada una, tantas como deseen. Se lanza la primera pregunta, se llega hasta el paso 4 y se repite el ciclo con la segunda, así sucesivamente.</p> <p>3) Los participantes colocan las fichas en una pizarra, sin ningún orden en particular.</p> <p>4) Una vez que todas las fichas han sido pegadas, se hará una lectura de cada una.</p> <p>5) Se solicita a los participantes decidir si hay respuestas que consideran ser parte de la prevención de enfermedades y, por lo tanto, deben quitarse de la lista. Debe ser un consenso entre todos.</p> <p>6) Cuando estén todos de acuerdo, el facilitador consulta si hay alguna otra respuesta que se desee incluir.</p> <p>7) El facilitador lanza las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuáles podrían ser los efectos e impactos (en el contexto y la población usuaria) por el desarrollo de procesos de promoción de la salud desde el Área de Salud?</p> <p>¿Cuáles procesos se podrían desarrollar para alcanzar estos resultados?</p> <p>¿Cuáles insumos serían necesarios para ejecutar estos procesos?</p> <p>8) Se repetirá la dinámica de las preguntas anteriores. Las fichas serán de color verde para reflejar una diferencia entre lo que es y lo que puede ser.</p>		<p>5 min</p> <p>10 min por pregunta</p> <p>(7 para reflexionar y 3 para repetir pasos 3 y 4)</p>
Cierre	<p>El facilitador lanza una pregunta de cierre: ¿Cuáles elementos deberían estar presentes en la propuesta de mejora de procesos de Promoción de la Salud?</p> <p>Las respuestas se colocarán en fichas de color celeste para reflejar los acuerdos.</p>	Sillas y mesa	5 min

Ficha para la recolección de datos durante el Metaplan:

ELEMENTOS A CONSIDERAR	RESULTADOS	
Fecha de la actividad:	Hora de inicio:	Hora de finalización:
¿Se realizó el proceso y firma del consentimiento informado?	Sí () No ()	
1. Principales ideas con respecto a confusiones entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud		
2. Principales ideas con respecto a las necesidades percibidas del contexto		
3. Principales ideas con respecto a resultados actuales de la CLPS (productos, efectos e impactos)		
4. Principales ideas con respecto a procesos actuales reconocidos		
5. Principales ideas con respecto a insumos identificados		
6. Principales ideas con respecto al futuro: -Reconocimiento del valor público de la promoción de la salud -Perspectivas teóricas sobre la P.S. -Diferencias percibidas (es vs puede ser)		

7. Aspectos relevantes durante los espacios de discusión de los participantes	
8. Barreras para presentar las respuestas	

Anexo 10: Cronograma del 2022 para el desarrollo de la propuesta de TFG

#	ACTIVIDAD	FECHAS
1	Revisión y sistematización de documentos, políticas, guías y manuales institucionales relevantes para la descripción de la estructura organizacional del Área de Salud.	28 marzo a 8 abril
2	Establecer un cronograma con el Área de Salud para ejecutar la recolección de la información Preparación para el trabajo de campo: impresiones y compra de otros artículos	4 a 8 abril
3	Recolección de información 1: realizar entrevistas a funcionarios del Área de Salud de Goicoechea 2	16 a 27 mayo
4	Establecer espacios de reunión para entrevistas en la segunda etapa	16 a 20 mayo
5	Recolección de información 2: realizar entrevistas a profesionales en promoción de la salud que laboran en Áreas de Salud	30 mayo a 10 junio
6	Redacción de resultados en primera etapa de recolección de información	16 mayo a 3 junio
7	Acordar espacio para realizar Metaplan 1	30 mayo a 3 junio
8	Realizar el Metaplan 1 con Comisión Local de Promoción de la Salud en Área de Salud Goicoechea 2	6 a 17 junio
9	Redacción de resultados en segunda etapa de recolección de información	6 a 17 junio
10	Reunión equipo asesor	21 de junio
11	Redacción de resultados en Metaplan 1	20 a 24 junio
12	Análisis de todos los resultados y la información recopilada	22 junio a 8 julio
13	Diseño del modelaje de los procesos de promoción de la salud	22 junio a 8 julio
14	Contacto a expertos para panel	27 junio a 1 julio
15	Presentación del diseño a panel de expertos en procesos y promoción de la salud	11 a 15 julio
16	Reunión equipo asesor	19 de julio
17	Preparación de la guía de los procesos	15 agosto a 2 setiembre
18	Contactar a expertos	22 de agosto
19	Presentación del proyecto a panel de expertos	5 a 9 setiembre
20	Reunión equipo asesor	13 de setiembre
21	Preparación de guía para la articulación de la respuesta en promoción de la salud (incluye procesos y plan desde PM4R – Preparación del informe final)	12 a 23 setiembre
22	Envío de documento final a equipo asesor	27 setiembre
23	Redacción del artículo	3 a 21 octubre
24	Preparativos para la defensa oral del TFG	31 octubre a 4 noviembre
25	Defensa oral del Trabajo Final de Graduación	7 a 18 noviembre

Anexo 11: Presupuesto y recursos para el desarrollo de la propuesta de TFG

RECURSOS MATERIALES*	
<i>Recursos para redacción de informes</i>	
Computadora (uso personal)	500 000
Internet (x7 meses)	175 000
Electricidad (x7 meses)	210 000
Software Visio (x1 mes)	19 200
Licencia Office 365 (x7 meses)	32 400
<i>Recursos para recolección de datos</i>	
Transporte	15 000
Impresiones de consentimientos y guías de entrevistas	2 520
Grabadora de voz	30 000
<i>Recursos para el desarrollo de los Metaplanes</i>	
Marcadores	5 700
Fichas de colores	2 500
Lapiceros	2 500
Proyector	125 000
Pizarra	30 000
Costo total	1 149 820

*Costo representado en colones

Anexo 12: Consentimiento informado de la Universidad de Costa Rica



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY
N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL
“REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

Título del proyecto:

Propuesta de articulación de los procesos de Promoción de la Salud
para el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.
Área de Salud de Goicoechea 2, año 2022

Nombre del investigador: Jonathan Arce López

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO

Mediante este documento, se le está invitando a usted a participar en un estudio de investigación, el cual es un Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud por la Universidad de Costa Rica. El sustentante, encargado de esta investigación, es Jonathan Arce López, céd 117240344, apoyado de la Directora de este trabajo, Lic. Karol Rojas Araya.

Este estudio trata sobre un análisis de cómo se da la promoción de la salud en las Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de proponer un plan de mejora para estos procesos. Para esto, se toma como punto de referencia la forma en que opera el Área de Salud de Goicoechea 2 en términos de los servicios de salud que se dan, las funciones de áreas administrativas y otras actividades que apoyan dicho establecimiento. Luego, se acude a profesionales en promoción de la salud que trabajan en otras Áreas de Salud para complementar dicho análisis. Una vez que se tiene claro cómo funciona Goicoechea 2, y las perspectivas de las personas expertas en el tema, se pueden plantear las mejoras a la promoción de la salud en Goicoechea 2 específicamente, con base en todos esos resultados.

Cabe destacar que aproximadamente 20 personas tomarán parte en este estudio. Su participación en este estudio es voluntaria. Con su decisión de participar, usted no renuncia a sus derechos o a la potestad de hacer algún reclamo legal. Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión y retirarse en cualquier momento. Este estudio es financiado única y exclusivamente con los recursos del investigador principal.

B. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Se espera que el producto final de este estudio sea una propuesta que contribuya a guiar los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud de Goicoechea 2, así como todo el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Se le invita a participar porque usted es funcionario(a) de la Caja Costarricense de Seguro Social con más de 12 meses trabajando para el puesto que hoy ocupa. Por lo tanto, posee información valiosa sobre procesos internos, políticas institucionales y/o tiene conocimientos de manuales o procedimientos específicos para su puesto, que son de especial valía para la buena marcha de esta investigación. Cabe destacar que aproximadamente 20 personas tomarán parte en este estudio.

Si usted decide participar en el estudio, a usted se le realizarán una serie de preguntas relacionadas con su quehacer y sus funciones principales donde labora. También, se le harán consultas con respecto a conocimientos que usted tenga sobre manuales, políticas institucionales u otros protocolos relacionados con su puesto de trabajo, así como opiniones que pueda tener con respecto a estos o cómo mejorarlos. Su participación durará aproximadamente 60 minutos, con la posibilidad de que este tiempo sea menor. El espacio en el que participará será grabado por audio con el fin de transcribir las respuestas y analizar la información posteriormente. Una vez que el estudio finalice y los resultados sean publicados, las grabaciones serán eliminadas.

D. RIESGOS

Los datos serán tratados con confidencialidad en todo momento y la publicación de los mismos será de forma generalizada, de tal forma que su nombre o posición no pueda ser asociada con las ideas que usted exprese en este espacio.

Algunas de las preguntas del cuestionario o de la encuesta que se le van a hacer pueden incomodarle. Si llega a sentir algún tipo de incomodidad durante el proceso o con las preguntas, comuníquelo al investigador de forma inmediata.

E. BENEFICIOS

Es posible que los beneficios por su participación en este estudio no estén vinculados a usted directamente. Sin embargo, su participación es importante para la comprensión de los procesos, tareas, actividades y acciones en la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de realizar un correcto análisis de estos que permita una propuesta válida para la realidad de la institución.

De esta forma, su participación en el estudio contribuirá a la mejora en la prestación de servicios en promoción de la salud de la institución, y estos a su vez a la salud pública costarricense. La propuesta puede beneficiar su quehacer profesional si su trabajo está vinculado a la promoción de la salud desde la institución.

Los resultados de esta investigación serán devueltos a usted mediante el envío del informe del proyecto una presentación en forma de video elaborada por el investigador principal, todo facilitado directamente a su correo electrónico. Así también, esto se enviará a la Dirección Médica del Área de Salud de Goicoechea 2 al ser la sede donde la investigación toma lugar.

F. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es voluntaria, y puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios aplicables según se mencionó antes, ni a ser castigado(a) de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

G. CONFIDENCIALIDAD

El investigador mantendrá los registros relacionados con este estudio de manera confidencial, y sus datos personales se mantendrán en el anonimato, según aplique la normativa pertinente y hasta donde la ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este estudio se publique en revistas médicas o científicas o que los datos sean presentados en congresos o conferencias. Así también, los hallazgos de este estudio deberán ser defendidos de forma pública en la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica. En estos casos, nunca se utilizará su nombre.

La información que usted brinde será analizada en conjunto con toda la información dada por los otros participantes. Los resultados serán presentados de forma generalizada y sus aportes no serán asociados a nombres o puestos específicos. En ese sentido, el investigador garantiza el estricto manejo de la confidencialidad de la información.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con el responsable de la investigación sobre este estudio y él debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Jonathan Arce López al teléfono 8316-1697 en el horario de Lunes a Viernes de 9:00 a.m a 5:00 p.m. De igual forma, puede contactar la Lic. Karol Rojas Araya de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, al teléfono 2511-8248.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

(Continúa en siguiente página)

- I. Usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión 2 – Junio 2021

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Propuesta de articulación de los procesos de Promoción de la Salud para el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. Área de Salud de Goicoechea 2, año 2022.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: JONATHAN ARCE LÓPEZ

CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO: jarce201098@gmail.com / 8316-1697

1. EXPLICACIÓN GENERAL AL PARTICIPANTE

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Mediante este documento, se le está invitando a usted a participar en un estudio de investigación, el cual es un Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud por la Universidad de Costa Rica.

Este estudio trata sobre un análisis de cómo se da la promoción de la salud en las Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de proponer un plan de mejora para estos procesos. Para esto, se toma como punto de referencia la forma en que opera el Área de Salud de Goicoechea 2 en términos de los servicios de salud que se dan, las funciones de áreas administrativas y otras actividades que apoyan dicho establecimiento. Luego, se acude a profesionales en promoción de la salud que trabajan en otras Áreas de Salud para complementar dicho análisis. Una vez que se tiene claro cómo funciona Goicoechea 2, y las perspectivas de las personas expertas en el tema, se pueden plantear las mejoras a la promoción de la salud en Goicoechea 2 específicamente, con base en todos esos resultados.

Se espera que el producto final de este estudio sea una propuesta que contribuya a guiar los procesos de promoción de la salud en el Área de Salud de Goicoechea 2, así como todo el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Se le invita a usted porque es funcionario de la Caja Costarricense de Seguro Social con más de 12 meses trabajando para el puesto que hoy ocupa. Por lo tanto, posee información valiosa sobre procesos internos, políticas institucionales y/o tiene conocimientos de manuales o procedimientos específicos para su puesto, que son de especial valía para la buena marcha de esta investigación. Cabe destacar que aproximadamente 20 personas tomarán parte en este estudio.

Su participación durará aproximadamente 60 minutos, con la posibilidad de que este tiempo sea menor.

Su participación en este estudio es voluntaria. Con su decisión, usted no renuncia a sus derechos o a la potestad de hacer algún reclamo legal. Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión y retirarse en cualquier momento.

2. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si usted decide participar en el estudio, a usted se le realizarán una serie de preguntas relacionadas con su quehacer y sus funciones principales donde labora. También, se le harán consultas con respecto a conocimientos que usted tenga sobre manuales, políticas institucionales u otros protocolos relacionados con su puesto de trabajo, así como opiniones que pueda tener con respecto a estos o cómo mejorarlos.

El espacio en el que participará será grabado por audio con el fin de transcribir las respuestas y analizar la información posteriormente. Una vez que el estudio finalice y los resultados sean publicados, las grabaciones serán eliminadas.

3. POSIBLES RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS

Este estudio presenta un riesgo potencial para usted muy bajo o nulo. Los datos serán tratados con confidencialidad en todo momento y la publicación de los mismos será de forma generalizada, de tal forma que su nombre o posición no pueda ser asociada con las ideas que usted exprese en este espacio. El estudio no contiene procedimientos médicos, quirúrgicos o clínicos de ninguna manera.

4. INVESTIGACIONES QUE INCLUYEN ENCUESTAS O CUESTIONARIOS

Algunas de las preguntas del cuestionario o de la encuesta que se le van a hacer pueden incomodarle. Si llega a sentir algún tipo de incomodidad durante el proceso o con las preguntas, comuníquelo al investigador de forma inmediata.

5. POSIBLES BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE

Es posible que los beneficios por su participación en este estudio no estén vinculados a usted directamente. Sin embargo, su participación es importante para la comprensión de los procesos, tareas, actividades y acciones en la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de realizar un correcto análisis de estos que permita una propuesta válida para la realidad de la institución. De esta forma, su participación en el estudio contribuirá a la mejora en la prestación de servicios en promoción de la salud de la institución, y estos a su vez a la salud pública costarricense. La propuesta puede beneficiar su quehacer profesional si su trabajo está vinculado a la promoción de la salud desde la institución.

Los resultados de esta investigación serán devueltos a usted mediante el envío del informe del proyecto una presentación en forma de video elaborada por el investigador principal, todo facilitado directamente a su correo electrónico. Así también, esto se enviará a la Dirección Médica del Área de Salud de Goicoechea 2 al ser la sede donde la investigación toma lugar.

6. OTRAS OPCIONES PARA EL PARTICIPANTE

Una alternativa para usted puede ser no participar en este estudio.

7. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

El investigador y el Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) mantendrán los registros relacionados con este estudio de manera confidencial, según aplique la normativa pertinente y hasta donde la ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este estudio se

publique en revistas médicas o científicas o que los datos sean presentados en congresos o conferencias. Así también, los hallazgos de este estudio deberán ser defendidos de forma pública en la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica. En estos casos, nunca se utilizará su nombre.

Las personas que trabajan en el estudio podrán ver la información que usted nos comparta. Dicho grupo corresponde únicamente al investigador y los docentes de su Comité Asesor, nombrado y aprobado por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. En total, son 4 personas.

La información que usted brinde será analizada en conjunto con toda la información dada por los otros participantes. Los resultados serán presentados de forma generalizada y sus aportes no serán asociados a nombres o puestos específicos.

8. NUEVA INFORMACIÓN GENERADA DURANTE EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

Durante el estudio, puede que aparezcan nuevos detalles acerca de los riesgos o beneficios de participar en él. De ser así, esta información se le dará a usted. Usted puede decidir no seguir participando en el estudio, desde el momento en que reciba esta nueva información. Si a usted se le da nueva información, y decide continuar en el estudio, se le solicitará que firme el consentimiento.

9. DECLARACIÓN DE INTERÉS

El investigador en este estudio no tiene ningún interés económico en el desarrollo de la propuesta que será generada.

10. PERSONAS A LAS CUALES PUEDE ACUDIR EL PARTICIPANTE

Usted puede llamar a Jonathan Arce López al teléfono 8316-1697 si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su participación en este estudio.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con la Dra. Marianela Sánchez Rojas, por parte de la Subárea de Bioética en Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual se encuentra localizado en las instalaciones del CENDEISSS, contiguo al Hospital México, al teléfono 2519-3044 o a la dirección electrónica bioetica@ccss.sa.cr . Además, usted puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

(Continúa en siguiente página)

11. ACUERDO

Yo he leído (o alguien ha leído para mí) la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Si así lo hice, todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.

Nombre del participante Cédula Firma Fecha _____ a.m. / p.m.
Hora

Nombre del testigo Cédula Firma Fecha _____ a.m. / p.m.
Hora

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar en esta investigación.

Nombre del investigador Cédula Firma Fecha _____ a.m. / p.m.
Hora



MATRIZ

DE INNOVACIÓN EN
SERVICIOS DE SALUD

PROMOCIÓN DE LA SALUD

DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUTOR

JONATHAN ARCE LÓPEZ

MATRIZ

DE INNOVACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD:

PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



ELABORADO POR

JONATHAN ARCE LÓPEZ

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
ÁREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



AÑO

2023

PREFACIO

El objetivo de este documento es guiar el desarrollo de la promoción de la salud desde los servicios de salud de un primer nivel, entendidos como el conjunto de servicios de atención con el menor nivel de complejidad, basados en un modelo de atención primaria. El mismo nace como parte de un Proyecto de Graduación en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, elaborado por Jonathan Arce López, quien lo presentó para optar por el grado de Licenciatura.

Esta propuesta se nutre de un diagnóstico compuesto por un análisis organizacional en el Área de Salud Goicoechea 2 de la Caja Costarricense de Seguro Social, y una caracterización de acciones de promoción de la salud en el primer nivel de atención. El presente incluye los procesos de promoción de la salud medulares para el Área de Salud, así como los pasos específicos y sugerencias para operativizarlos. Adjunto también se puede encontrar un marco conceptual de referencia, el cual refleja el posicionamiento de la presente guía.

Se espera que aquella persona interesada en realizar acciones de dicho servicio, pueda encontrar en este escrito una ayuda operativa concreta, que complemente la adecuada preparación profesional requerida para un abordaje complejo y sistémico a la salud de las personas, como lo es la promoción de la salud.

Jonathan Arce López
Profesional en Promoción de la Salud

CONTENIDOS

PREFACIO	4
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL	6
Conceptos de referencia	7
CAPÍTULO 2: DIAGRAMAS DE PROCESOS	9
Mapa de procesos	11
Diagnóstico de salud desde sus determinantes	14
Articulación de actores sociales	18
Desarrollo estratégico de la salud	22
Educación para la salud	26
Gestión de programas y proyectos	32
Gestión de la salud comunitaria	40
Reorientación de servicios de salud	44
CAPÍTULO 3: GUÍA OPERATIVA	52
Estructura de trabajo	53
Definición de resultados	53
Desagregación de objetivos	55
Ejecución del plan de trabajo	56
Articulación de los equipos de trabajo	58
Evaluación de acciones	61
Seguimiento y control durante la ejecución	61
Indicadores de monitoreo y evaluación	63
Sesiones de retrospectiva	67
REFERENCIAS	69

1

CAPÍTULO 1



Se incluyen los principales referentes teóricos y conceptuales bajo los cuales se sustenta la matriz.

Es importante saber que un proceso de promoción de la salud debe basarse en una perspectiva compleja y sistémica de la salud, alejada de la dicotomía biomédica de salud como opuesto a la enfermedad.

MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTOS DE REFERENCIA

◆ SALUD

Es el resultado del conjunto de elementos y condiciones en las que las personas desarrollan su ciclo de vida. Es un proceso cuyos cambios son determinados por el contexto poblacional. Es considerado un "derecho humano fundamental, así como un recurso que permite a las personas llevar vidas individual, social y económicamente productivas" (OMS, 2021).

◆ SALUD PÚBLICA

Campo de acción e intervención colectiva, del Estado y la sociedad civil, orientado a la protección y mejora de la salud de las personas. Se concibe desde una serie de funciones esenciales como el acceso a servicios integrales y de calidad, abordaje de los determinantes sociales, financiamiento, vigilancia, políticas y legislación, participación social, investigación y otros (OPS, 2020).

◆ DETERMINANTES DE LA SALUD

Rango de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan la expectativa de vida saludable de individuos y poblaciones (OMS, 2021). Parte de que el contexto está compuesto de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación pero ejerce una influencia poderosa en los patrones de la estratificación social y, por lo tanto, en la salud de las personas (Solar e Irwin, 2010).

◆ SISTEMA DE SALUD

Son todas aquellas organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud. Esto incluye esfuerzos para influenciar los determinantes de la salud, así como acciones más directas para mejorar la salud (OMS, 2007). El sistema de salud es también un determinante de la salud.

◆ SERVICIO DE SALUD

Es la entrega de intervenciones en salud efectivas, seguras, de calidad, personales y no personales a aquellos que las necesitan, cuando y donde las necesitan (OMS, 2007).

◆ ATENCIÓN PRIMARIA

Enfoque de la organización de sistemas de salud que comprende: acción y política multisectorial para el abordaje de los determinantes de la salud; empoderamiento de individuos, familias y comunidades; y resolver las necesidades de salud esenciales a lo largo de la vida de las personas (OMS, 2021).

◆ PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es la organización de recursos (técnicos, materiales, humanos) que conduce la salud de la población a resultados deseados, a través de procesos enfocados en el abordaje de los determinantes sociales de mayor peso en las personas, y en la construcción de un contexto que permita y promueva su desarrollo. "Se dirige no solo al fortalecimiento de capacidades personales, sino también al cambio de determinantes sociales, ambientales y económicos de salud" (OMS, 2021).

◆ EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para ayudar a los individuos y comunidades a mejorar su salud incrementando el conocimiento, influenciando la motivación y mejorando la alfabetización en salud. Incluye posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud (OMS, 2021).

◆ **SALUD COMUNITARIA**

Es la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural, ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales. Una intervención comunitaria en salud se define como una acción realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación (Departamento de Salud del País Vasco, 2018).

◆ **REORIENTACIÓN DE SERVICIOS**

Es el cambio que busca optimizar el acceso justo, poner a las personas y comunidades en el centro y fortalecer la contribución de los servicios de salud a la prevención, salud pública y promoción de la salud. Los servicios de salud necesitan reorientación para reflejar mejor las ambiciones de la atención primaria y la aspiración de la cobertura universal en salud, permitiendo a las personas obtener servicios de alta calidad (OMS, 2021).

◆ **INFRAESTRUCTURA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Aquellos recursos humanos y materiales, estructuras organizacionales y administrativas, políticas, regulaciones e incentivos que facilitan una respuesta organizada en promoción de la salud a problemas y retos de salud pública (OMS, 2021).

◆ **ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA**

Es la respuesta a la pregunta de ¿cómo vamos a llegar? a las metas planteadas. La estrategia es un plan de acción a partir de un arsenal integrado de opciones. No es un elemento estático dentro del quehacer organizacional, sino más bien es un conjunto de acciones proactivas y reacciones de adaptación ante sucesos inesperados; dibuja el curso a largo plazo (Thompson, Peteraf, Gamble y Strickland, 2012).

◆ **GESTIÓN PARA RESULTADOS**

Es una estrategia de gestión centrada en el logro de objetivos para el desarrollo y los resultados. No se enfoca en los servicios sino en los efectos e impactos generados en la sociedad por estos, tanto a mediano como largo plazo. Ayuda a dirigirse al logro de cambios sociales esperados, y medirse por el éxito alcanzado en la calidad de vida de los ciudadanos (MIDEPLAN, 2016).

◆ **PROCESO**

Es una totalidad que cumple un objetivo completo y que agrega valor para el usuario. Colabora en entender la globalidad de la tarea, entendiendo por ejemplo que se está construyendo una casa y no solo pegando ladrillos. Son irreversibles, interactúan entre sí y crean riqueza social (Bravo, 2008).

◆ **MACROPROCESO**

Es una estructura de procesos con la característica de recursividad, es decir, los procesos se desagregan en otros procesos (Bravo, 2008).

◆ **PROYECTO**

Es un conjunto de actividades coordinadas y relacionadas entre sí que buscan cumplir un objetivo específico (resultado, producto o servicio) dentro de un tiempo, con un costo y un alcance definido. El éxito de un proyecto se mide por la calidad y el grado de satisfacción de los interesados, lo cual implica que se den los beneficios para los cuales fue emprendido el proyecto (Banco Interamericano de Desarrollo, 2015).

◆ **INTERSECTORIALIDAD**

Es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (FLACSO 2015, citado en OPS 2017).

2

CAPÍTULO 2



Se incluyen los procesos de promoción de la salud para el Área de Salud, representados con sus respectivas actividades en diagramas de flujo.

Es importante saber que estos procesos no se deben realizar en simultáneo, sino organizarlos de manera lógica, de forma que el Área preste una oferta de servicios en promoción de la salud con valor público, y con base en los recursos disponibles.

DIAGRAMAS DE PROCESOS

GESTIÓN DEL SERVICIO

Un servicio de promoción de la salud es un agrupamiento de propuestas de atención, primordialmente extramuros, diseñadas a partir de los determinantes sociales de la salud y centradas en la demanda y las necesidades en salud de las personas a lo largo de su curso de vida. Su rol es ampliar la oferta de servicios de atención personal en salud con procesos de movilización de la comunidad, y crear una infraestructura para la promoción de la salud que operativice el modelo de atención primaria.

Desde el escenario de los servicios de salud, la promoción de la salud no debe imaginarse como actividades aisladas, en las cuales se previenen los factores de riesgo de enfermedades con mayor prevalencia en cada servicio. Es decir, si el servicio de medicina realiza una feria de prevención del fumado en respuesta a una creciente incidencia en el cáncer de pulmón, esto no es promoción de la salud por el simple hecho de no ser una atención directa al paciente.

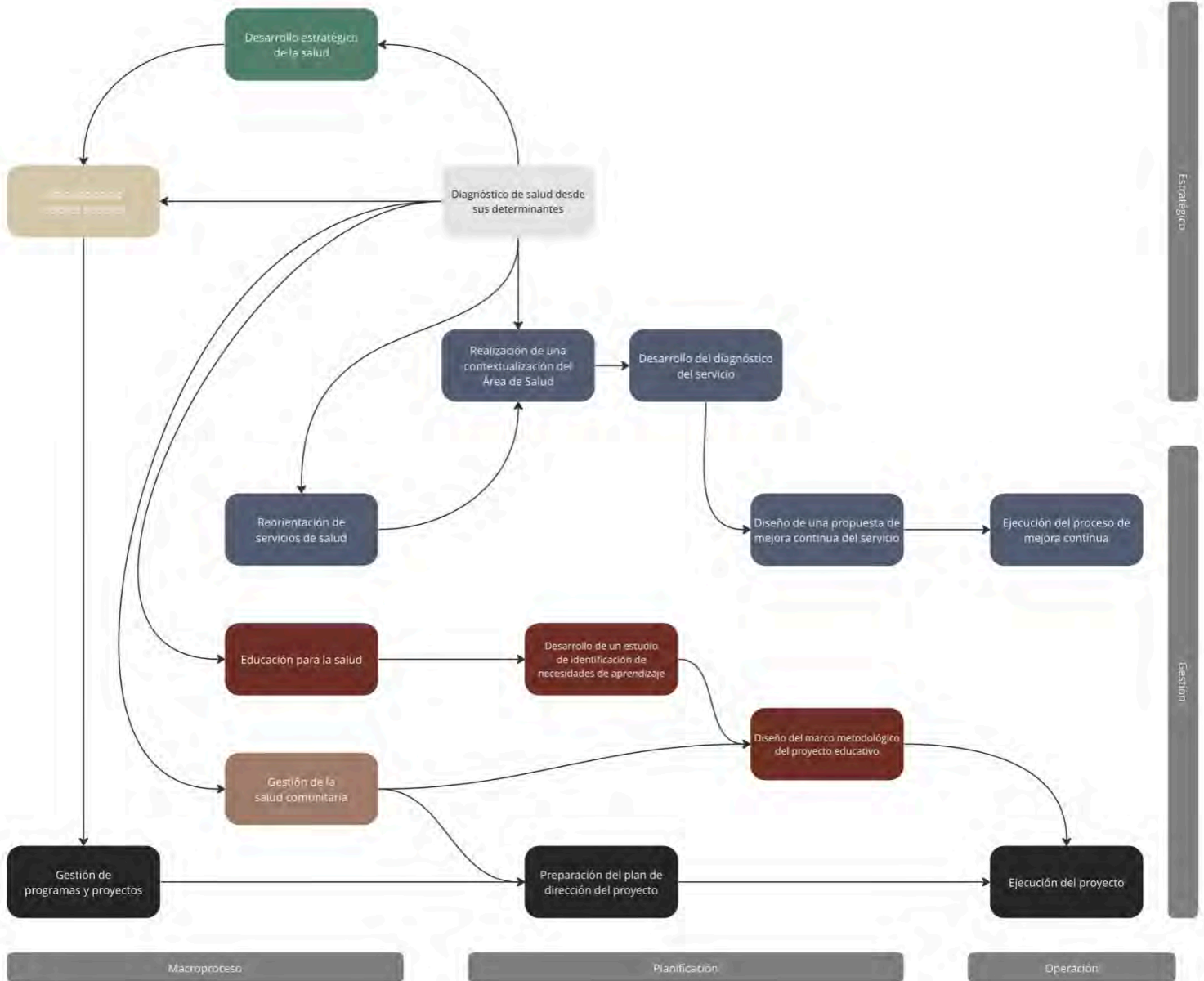
Tampoco se debe asumir que la promoción de la salud, desde este ámbito, debe girar en torno a temas de bienestar físico solamente, solo porque históricamente ha predominado una atención clínica. Por el contrario, los servicios de salud requieren una nueva orientación para reflejar un abordaje desde la atención primaria y promoción de la salud (OMS, 2021).

Debido a esto, el éxito de la promoción de la salud recae en 5 factores fundamentales:

1. Perspectiva y fundamento teórico claro: la salud es un producto social
2. Organización lógica de procesos: existencia de una oferta exclusiva para el servicio de promoción de la salud
3. Infraestructura adecuada: profesional con competencias correctas, horas de trabajo, materiales, presupuestos y estructuras organizacionales óptimas
4. Apertura de jefaturas: directivos comprometidos con la promoción de la salud
5. Gestión adecuada: ejercer una planificación, ejecución y evaluación sólida de los procesos, para asegurar que la salud está siendo impactada en la forma que se desea

En atención al segundo factor, la siguiente página demuestra el mapa de procesos de promoción de la salud para servicios de salud de un primer nivel. De arriba hacia abajo se ubican los procesos ordenados de los estratégicos a los de gestión, mientras que de izquierda a derecha se observa un orden de lo más general a lo más operativo, comenzando con los macro-procesos (los cuales contienen a otros procesos), los de planificación del trabajo y los operativos o de ejecución de actividades específicas.

MAPA DE PROCESOS



Como se observa, la promoción de la salud no es necesariamente una gestión lineal, o con un fin o principio específico. Tampoco implica el desarrollo simultáneo de todos los procesos, mas sí requiere de un seguimiento lógico de pasos para operativizar estrategias macro en actividades concretas que lleven valor público a la población usuaria de los servicios de salud.

Cada una de esas “cajas” representa un proceso de promoción de la salud. Dentro de cada proceso, hay un conjunto de actividades donde se desglosa el paso a paso de cada área de trabajo. Este conjunto de actividades se organiza por medio de una herramienta llamada diagrama de flujo. Este diagrama explica de forma clara y específica el camino que se debe seguir para ejecutar el proceso.

En este documento, cada diagrama de flujo es acompañado de una ficha, la cual contiene detalles para facilitar la operación de cada proceso. Cada ficha incluye la misión, límites, alcances (es decir actividades de inicio y fin), recursos sugeridos e instrumentos de registro para cada proceso, con base en la propuesta de Beltrán, et.al., (2009). Estos 15 procesos, detallados en el mapa anterior, fueron agrupados en **7 grandes categorías**, las cuales son las principales áreas que la promoción de la salud aborda desde los servicios de salud de primer nivel, a saber:

- Diagnóstico de salud desde sus determinantes
- Articulación de actores sociales
- Desarrollo estratégico de la salud
- Educación para la salud
- Gestión de programas y proyectos
- Gestión de la salud comunitaria
- Reorientación de servicios de salud

Cabe destacar que el diagrama de flujo es una especie de esqueleto, que brinda estructura al trabajo que se debe desarrollar. Pero, el contenido de cada proceso es llevado por la persona encargada del servicio de promoción de la salud. El objetivo es generar diversas propuestas de atención desde cada proceso de promoción de la salud y su respectivo enfoque.

Por ejemplo, el proceso de gestión de programas y proyectos brinda una guía de cómo desarrollar un plan y un proyecto de promoción de la salud, pero los ejes temáticos, áreas de abordaje, problemas, necesidades, demandas y asuntos por resolver deben ser priorizados en el contexto de la prestación de los servicios, pues idealmente las áreas de trabajo deben priorizarse a partir de un diagnóstico y tomando en cuenta las necesidades y demandas en salud percibidas por la población.

SIMBOLOGÍA

A continuación se presenta cada uno de los diagramas de flujo para cada proceso. Algunos incluyen otros procesos dentro de ellos, así como diversas figuras para explicar el camino correcto. Es por ello que aquí se presenta el detalle de su significado, con base en la notación de modelado de procesos de negocio, como estándar internacional.



Son los límites del proceso. El círculo verde indica el comienzo de un proceso, mientras que el rojo indica el fin del mismo.



Son las actividades dentro del proceso. Los colores utilizados corresponden con la figura de la página anterior, por lo que se puede notar que algunos procesos contienen cajas con varios colores. Esto se utiliza para hacer referencia a otro proceso, sin necesidad de duplicar la información.

Ejemplo:



Si el proceso X comienza con una actividad en caja de color gris, lo cual refiere al proceso de identificación de determinantes de la salud, se debe realizar dicho proceso como primer paso, con el fin de utilizar la información encontrada como apoyo para el resto de las actividades dentro del proceso X.



Representan la división del proceso en dos posibles caminos, en forma de pregunta con respuesta Sí o No. Se debe seguir el camino según sea la respuesta para la pregunta y el momento en el que se realice.



Las cajas con líneas punteadas agrupan un proceso operativo dentro del macro proceso. Simplemente se debe continuar con la secuencia de actividades de forma lineal. Su propósito es delimitar un conjunto de actividades que pueden ser realizados en el futuro, sin necesidad de realizar el resto del proceso en su totalidad.



Las flechas indican el camino que se debe recorrer. Es importante prestar atención a las flechas que refieren a una repetición de actividades, y seguir el camino adecuado.

Es el proceso en el cual se realizan acciones de investigación para comprender el contexto del Área de Salud, sus necesidades y demandas en salud, desde una perspectiva de los determinantes sociales.

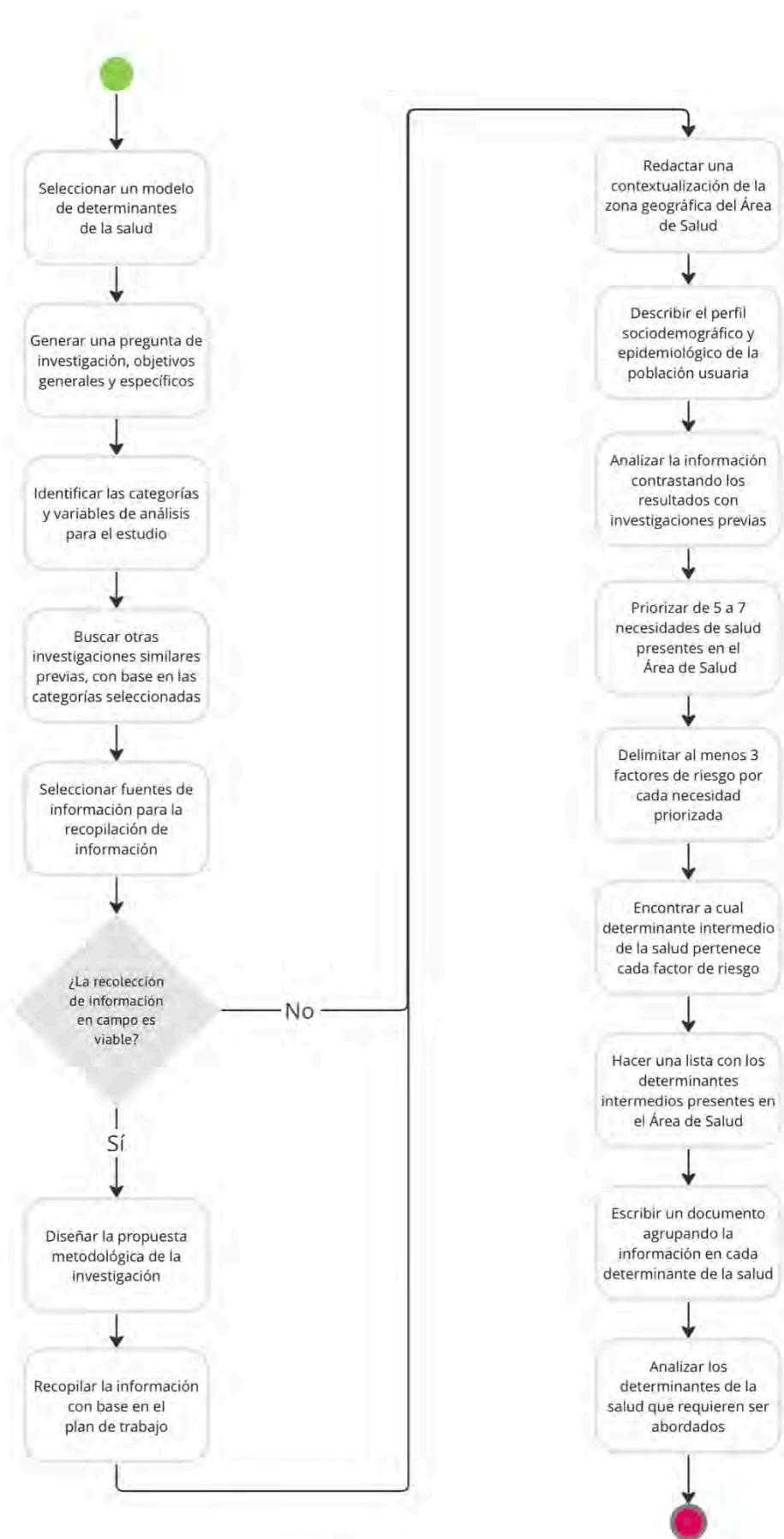
Más allá de recopilar datos epidemiológicos y demográficos, se busca establecer una asociación entre el perfil de salud de la población y sus determinantes estructurales e intermedios. La conclusión del diagnóstico debe apuntar a las condiciones sociales, ambientales, culturales y de otra índole que inciden en la salud de la población y deben ser abordados en el Área de Salud, y servirá como punto de partida para planificar todos los procesos de promoción de la salud.



PROMOCIÓN DE LA SALUD

Diagnóstico de salud

desde sus determinantes



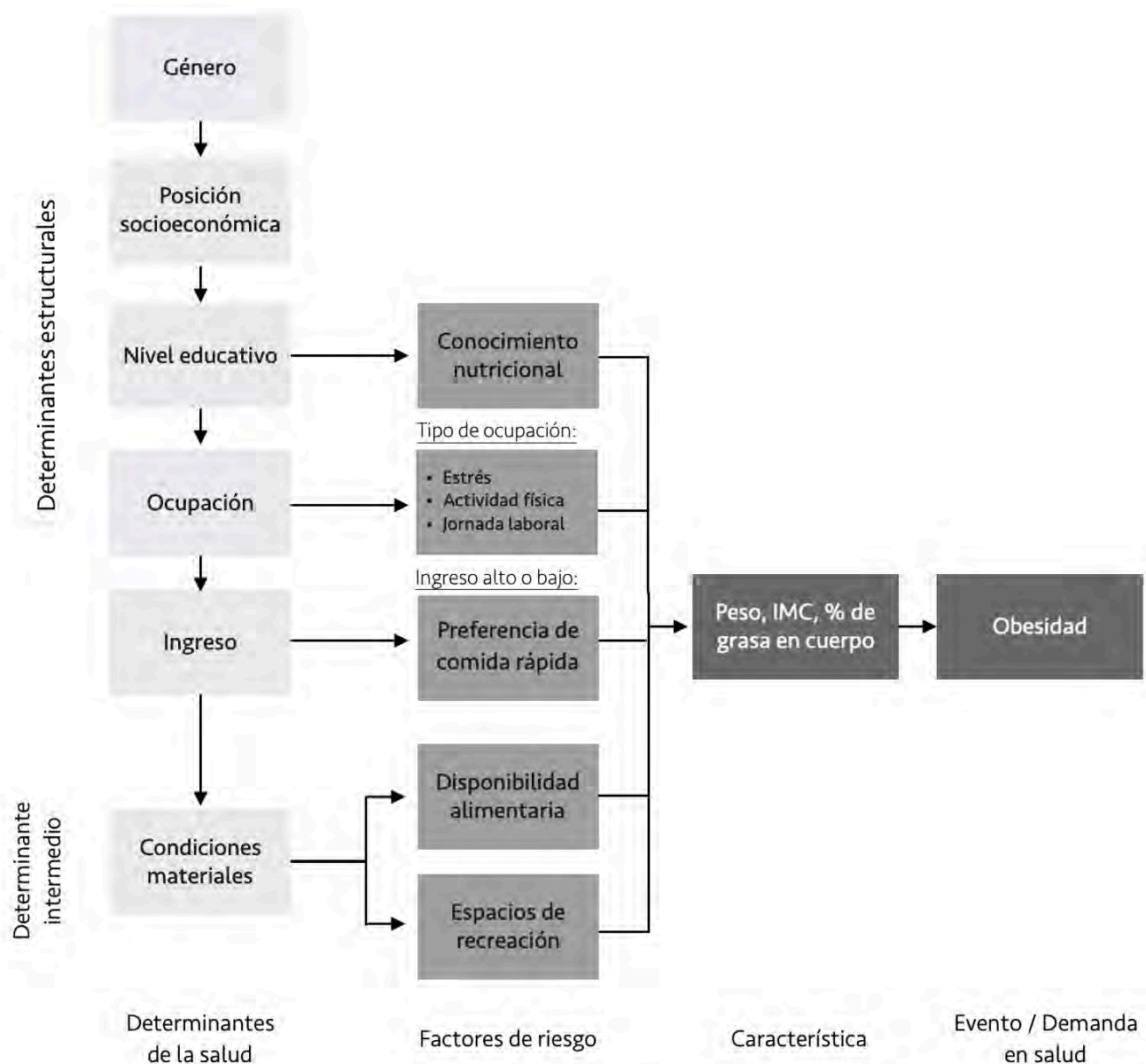
Diagnóstico de salud desde sus determinantes

Misión		Asegurar que la planificación de los procesos de promoción de la salud se desarrolle con base en los determinantes de la salud y los eventos de mayor presencia en la población del Área de Salud.
Límites	ENTRADAS	Registros y estadísticas de salud, encuestas, entrevistas, documentos institucionales, Análisis de Situación Integral en Salud -ASIS-, bases de datos
	SALIDAS	Reporte de resultados de la investigación, determinantes de la salud priorizados, recomendaciones para los otros procesos
Alcance	COMIENZA	Cuando no existe un informe previo que analice los determinantes de la salud y el contexto del Área de Salud, así como su influencia en los eventos de mayor presencia.
	TERMINA	Con la redacción de un documento de análisis de los determinantes de la salud que deben ser abordados desde el Área de Salud.
Registro		Hoja de cálculo -Excel u otros- con las fuentes consultadas, fecha de inicio y finalización del proceso, participantes, persona encargada, conclusiones y sugerencias del estudio.
Recursos		Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, acceso a bases de datos e informes de instituciones públicas. En caso de realizar trabajo de campo: lapiceros, hojas, grabadoras de voz, impresiones.

El proceso de diagnóstico es fundamental para la promoción de la salud. Es necesario conocer la demanda, las enfermedades, problemas y otras situaciones de riesgo, así como el contexto social, político, cultural, económico y educativo de la población. Cada uno de estos elementos existe dentro de los determinantes de la salud, y es desde este punto de vista que la promoción de la salud genera propuestas de atención.

No parte desde la enfermedades con mayor prevalencia, sino desde los determinantes que deben ser potenciados para favorecer la salud de la población a corto, mediano y largo plazo.

Por ejemplo, al describir el perfil epidemiológico de la población usuaria del Área de Salud se espera encontrar las enfermedades con mayor prevalencia actualmente. Suponiendo que una de ellas sea la obesidad, el objetivo del proceso será encontrar los determinantes de la salud que se asocian a este evento, no desde una suposición, sino desde el camino específico que cada elemento estructural del contexto recorre hasta “impregnarse” en el cuerpo de las personas:



Entonces, el informe del diagnóstico debe describir cada determinante de la salud con los indicadores respectivos. Por ejemplo, en cuanto a ocupación, “se observa que existe X% de desempleo en el cantón”, y así describir el contexto del Área de Salud.

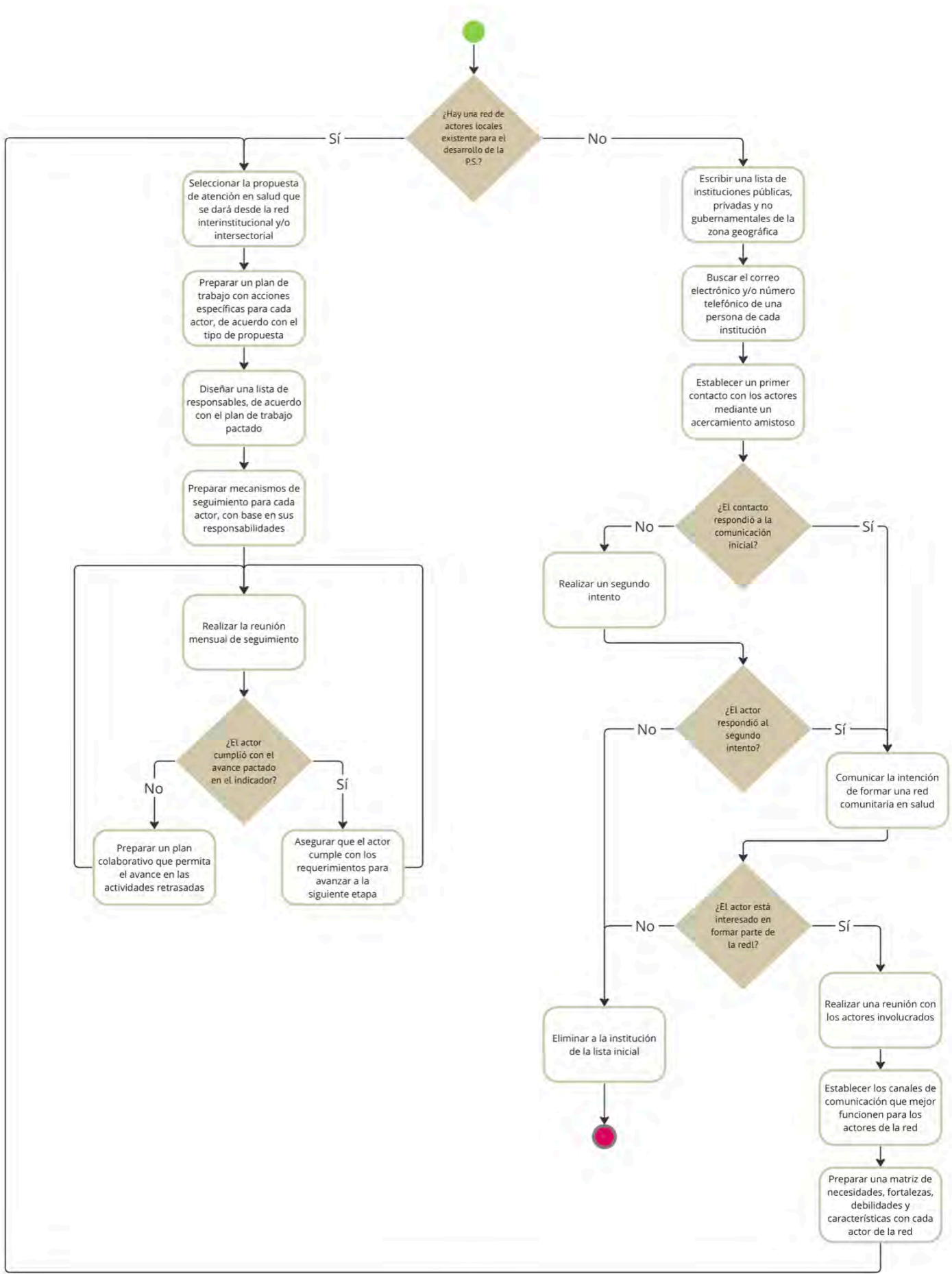
Es el proceso en el cual se realizan acciones de coordinación con actores sociales locales, incluyendo instituciones públicas y privadas, Organizaciones No Gubernamentales, personas de la comunidad del Área de Salud y otros.

El objetivo del proceso es integrar las labores de diversos actores en una sola propuesta de atención, sea un programa, proyecto, política u otro, y generar redes interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de la salud. Esto permite la optimización en el uso de recursos, un incremento en la efectividad de las acciones y un abordaje con mayor integración comunitaria. La articulación de actores es un proceso continuo, el cual se realiza en simultáneo con otros procesos, con el fin de asegurar su participación en diversas etapas de la promoción de la salud.



P R O M O C I Ó N D E L A S A L U D

Articulación de actores sociales



Articulación de actores sociales

Misión

Realizar una gestión integrada de la promoción de la salud mediante el trabajo en red con instituciones y personas de la comunidad.

Límites

ENTRADAS Informe del diagnóstico en salud desde sus determinantes

SALIDAS Red comunitaria conformada y activa, plan de trabajo con responsables por actividad

Alcance

COMIENZA Cuando se desea ejecutar una iniciativa en promoción de la salud con la colaboración de instituciones y personas de la comunidad.

TERMINA El propósito es que la red se mantenga conformada de forma permanente. Sin embargo, la gestión activa se da con mayor fuerza durante el desarrollo de una propuesta.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con el nombre de la persona contacto y la institución a la cual pertenece, número telefónico, correo electrónico, fortalezas y posibles recursos que puede aportar. Actas virtuales con los temas tratados, participantes y acuerdos.

Recursos

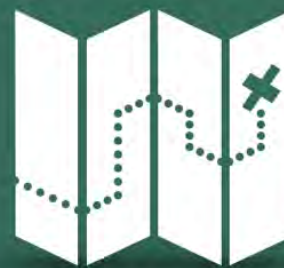
Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones.

Este proceso se divide en dos grandes componentes expresados por medio de una pregunta. Si no existe ninguna red de actores interinstitucional e intersectorial para el abordaje de la promoción de la salud, es necesario conformarla con aquellos que estén interesados. Si esta red sí existiera, se parte de la creación de un plan de trabajo desde cualquier tipo de propuesta que se desee: proyecto, programa, estrategia, política u otro.

A diferencia de otros, este proceso no concluye, pues se espera que la red exista de forma permanente y se mantenga activa a lo largo del tiempo.

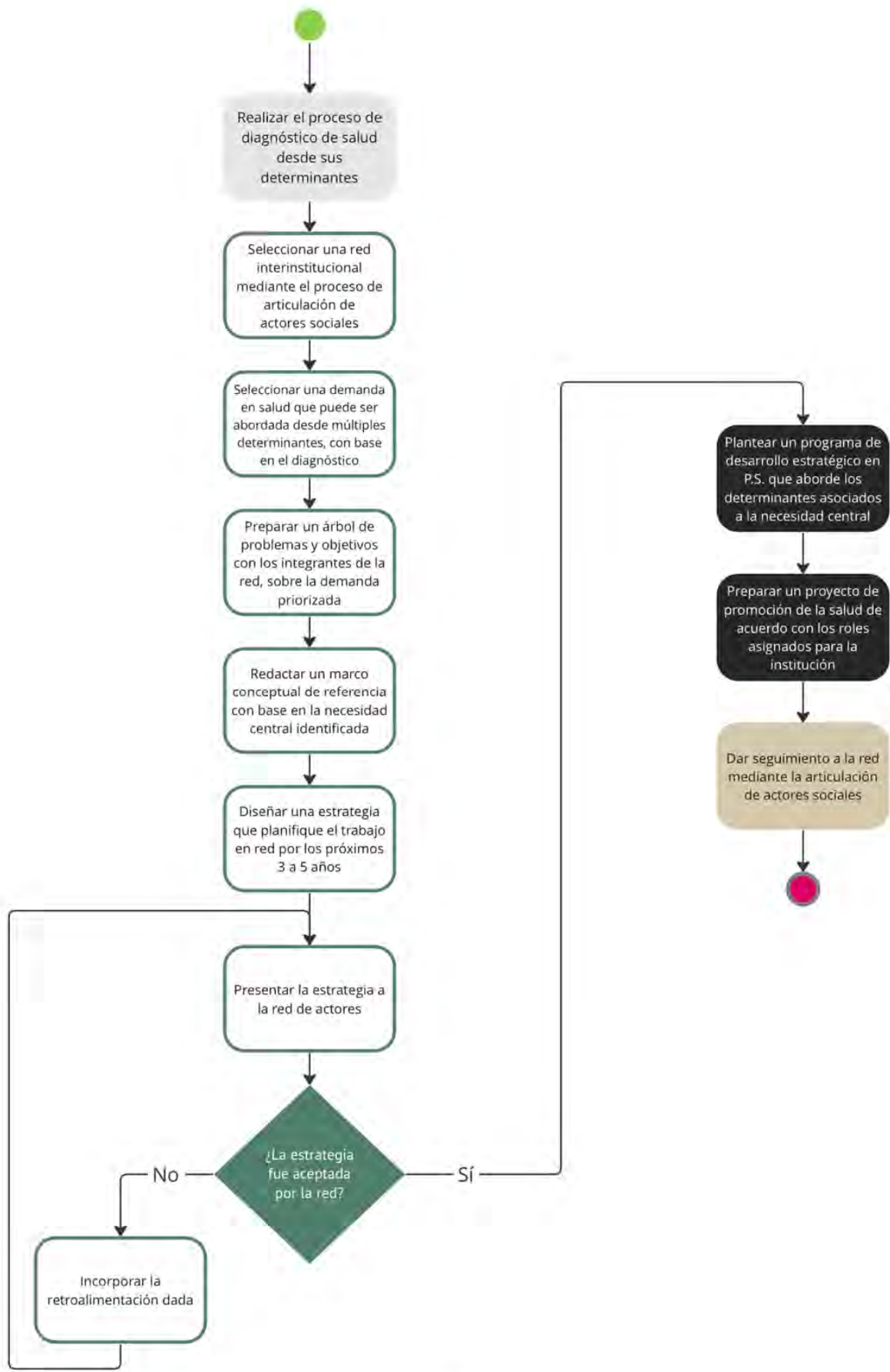
Es el proceso en el cual se realiza una planificación local estratégica de la salud, integrando esfuerzos de los actores sociales en conjunto con el Área de Salud.

La promoción de la salud debe priorizar un abordaje de la salud desde sus determinantes. Esto implica generar iniciativas proactivas desde el quehacer de diversas instituciones y actores locales, y no esperar a la resolución de problemas sociales y enfermedades. Se busca posicionar metas a mediano y largo plazo, y visualizar estratégicamente cómo se desea mirar la salud de la comunidad en un plazo no menor de 3 a 5 años. En unión con otros procesos, esta visión se debe acompañar con acciones concretas por cada actor involucrado, y llegar así a los objetivos planteados mediante el trabajo en red.



P R O M O C I Ó N D E L A S A L U D

Desarrollo estratégico de la salud



Desarrollo estratégico de la salud

Misión

Generar iniciativas proactivas desde el quehacer de diversas instituciones y actores locales, en conjunto con el Área de Salud, para visualizar estratégicamente la salud de la comunidad a mediano y largo plazo, y no esperar a la resolución de problemas sociales y enfermedades.

Límites

ENTRADAS

Informe del diagnóstico en salud desde sus determinantes, red de actores locales conformada

SALIDAS

Estrategia definida a mediano/largo plazo para la gestión local de la salud, plan de trabajo para ejecutar un programa en promoción de la salud

Alcance

COMIENZA

Cuando existe un asunto de alto impacto para la comunidad que puede ser abordado desde múltiples determinantes de la salud.

TERMINA

Con la finalización del plazo establecido para la estrategia y el programa de promoción de la salud.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con los indicadores de cumplimiento por cada actor de la red, con su respectivo porcentaje de progreso en cada reunión y factores que han obstaculizado y facilitado la ejecución de acciones. Actas virtuales con los temas tratados, participantes y acuerdos en las reuniones

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones, así como los recursos determinados en el programa de promoción de la salud.

Si bien el liderazgo estratégico local en salud recae en el ente rector, el fortalecimiento de la atención primaria desde los servicios de salud en su primer nivel pasa por ejecutar propuestas de atención enfocadas en una construcción colectiva y pro-activa de bienestar y calidad de vida, con el fin de potencial el desarrollo de las personas en todos sus ámbitos. Entonces, los servicios de salud de primer nivel tienen un rol preponderante en este desarrollo estratégico de la salud, especialmente desde la promoción de la salud.

En ese sentido, este macro-proceso comienza con el diagnóstico de salud y el diseño de una estrategia en salud en el seno de una red interinstitucional e intersectorial. A partir de esta estrategia se genera un programa, un proyecto, o bien varios proyectos dentro de un programa.

Idealmente, se genera un programa de promoción de la salud con lineamientos específicos, y cada actor que conforma la red diseña su propio proyecto con base en sus competencias y capacidades, en cumplimiento de los ejes acordados en el programa. Es por ello que el proceso contiene el proceso de creación de un programa y un proyecto, así como el seguimiento a la red mediante el otro proceso de articulación de actores.



La estrategia puede ser un documento corto que indique el objetivo general macro sobre el estado deseado con respecto a la necesidad en salud priorizada, por ejemplo: "Promover la salud mental de la población adolescente entre 12 y 20 años del cantón de Goicoechea, mediante la creación de espacios que favorezcan su desarrollo humano desde el escenario comunitario, familiar, escolar y de servicios de salud, del 2023 al 2028".

El programa operativiza este enunciado en objetivos específicos, metas, indicadores y áreas de trabajo. En este caso, si los ejes temáticos priorizados son habilidades para la vida, salud sexual y reproductiva, equidad de género, seguridad y finanzas, los proyectos de promoción de la salud deben abordar estos temas. Entonces, la institución con competencia en seguridad ciudadana toma este tema y desarrolla un proyecto específico para la población adolescente, tomando como base las metas establecidas en el programa.

De esta forma, la red trabaja dentro de su ámbito legal y administrativo, pero contribuyendo a la construcción colectiva de la salud desde una propuesta de promoción de la salud.

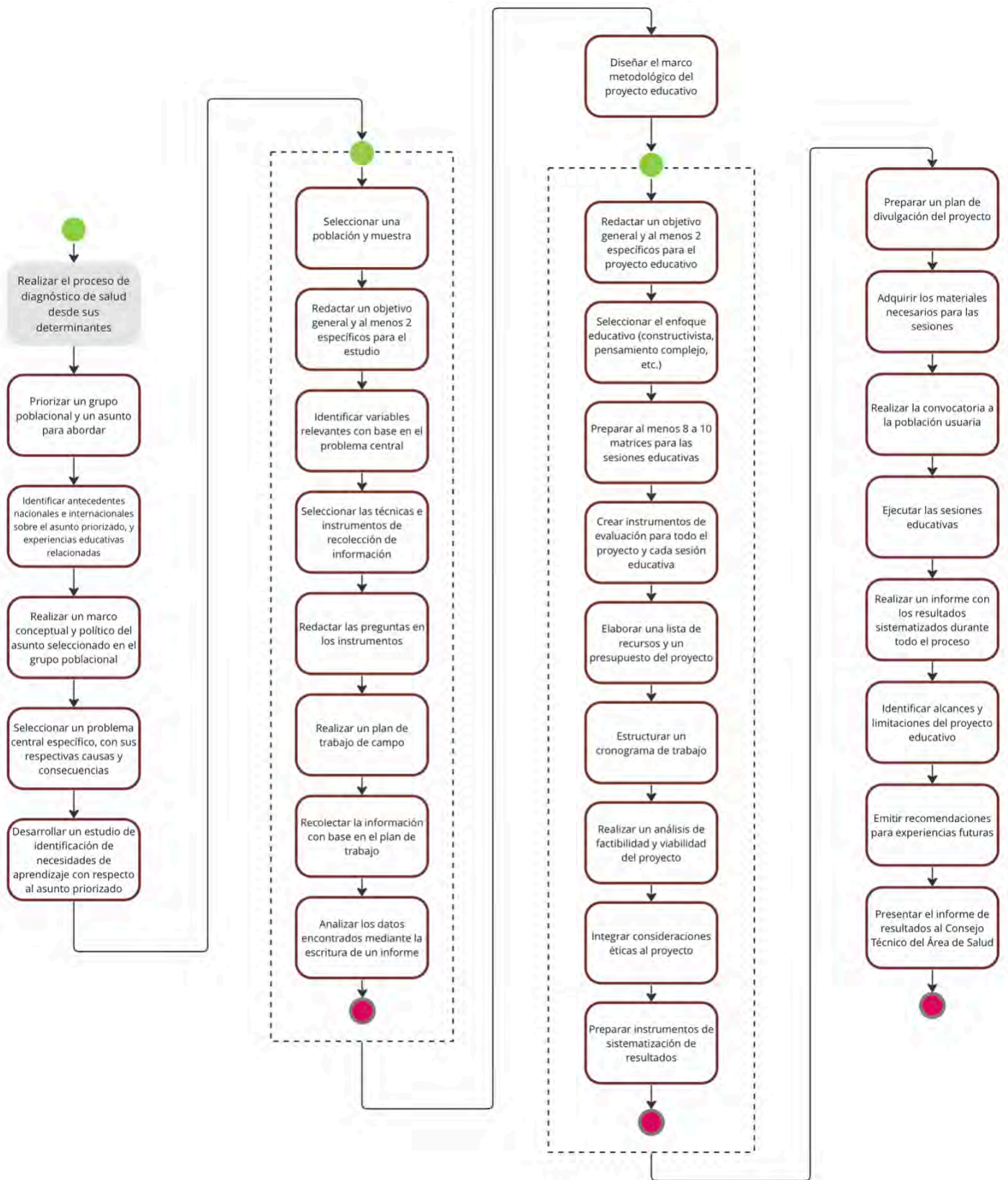
Es el proceso en el cual se potencian las habilidades, conocimientos, experiencias y competencias de la población del Área de Salud

Los ejes temáticos deberán ser seleccionados con base en un diagnóstico de la situación de salud de la población, así como de las necesidades de aprendizaje que ese grupo presenta, con respecto a los determinantes de la salud con mayor influencia en la comunidad. Es decir, la educación para la salud no se enfoca en temáticas clínicas y alimentación o ejercicio solamente, sino cualquier área que impacte de forma significativa la calidad de vida de las personas. El proceso no busca transmitir información, sino generar competencias sobre conocer, hacer y ser.



P R O M O C I Ó N D E L A S A L U D

Educación para la salud



Educación para la salud

Misión

Potenciar las habilidades, conocimientos, experiencias y competencias de la población del Área de Salud, mediante la generación de espacios de construcción del conocimiento y el pensamiento crítico.

Límites

ENTRADAS Informe del diagnóstico en salud desde sus determinantes.

SALIDAS Informe diagnóstico de las necesidades de aprendizaje identificadas, documento con la metodología del proyecto educativo, resultados del perfil de salida aplicado a la población.

Alcance

COMIENZA Cuando se encuentra un asunto prioritario para la población que puede ser abordado desde experiencias educativas

TERMINA Con la conclusión del proyecto educativo y la escritura de un informe de resultados, con base en el perfil de entrada y salida aplicado a los participantes.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con los indicadores de cumplimiento del proyecto, retos encontrados y buenas prácticas, hojas de asistencia para cada sesión educativa con el nombre de los participantes y el tema tratado.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico para las sesiones educativas, personas encargadas de las sesiones educativas, así como los materiales determinados en el proyecto.

A. Estudio de identificación de necesidades de aprendizaje

Misión

Encontrar las áreas específicas que la población potencial participante requiere fortalecer, con respecto al asunto seleccionado. Por ejemplo, si el asunto es la salud mental adolescente, el estudio se enfoca en los elementos de la salud mental que requieren ser fortalecidos en la población adolescente.

Límites

ENTRADAS

Informe del diagnóstico en salud desde sus determinantes, temática priorizada que puede ser abordada desde experiencias educativas.

SALIDAS

Informe de resultados.

Alcance

COMIENZA

Cuando se selecciona la población potencial participante del proyecto educativo.

TERMINA

Con la redacción de un informe de resultados y recomendaciones con las áreas que deberían ser abordadas.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con tres columnas que incluyan las tareas por hacer, en proceso y completadas, así como fecha de inicio y finalización del proceso y participantes.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, hojas, impresiones, lapiceros, población participante del estudio.

B. Marco metodológico del proyecto educativo

Misión

Establecer la metodología y estructura de trabajo del proyecto educativo, incluyendo las sesiones educativas, materiales requeridos, enfoque educativo, objetivos, indicadores y métodos de evaluación.

Límites

ENTRADAS Informe del estudio de identificación de necesidades de aprendizaje.

SALIDAS Documento con la metodología y estructura de trabajo del proyecto educativo.

Alcance

COMIENZA Cuando se encontraron las necesidades de aprendizaje específicas con respecto a la temática priorizada previamente.

TERMINA Con la aprobación de la metodología del proyecto educativo.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con tres columnas que incluyan las tareas por hacer, en proceso y completadas, así como fecha de inicio y finalización del proceso y participantes.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto.

La educación para la salud debe planificarse desde una perspectiva educativa constructivista, es decir, priorizando la construcción del conocimiento desde las experiencias de las personas, y no la transmisión de información mediante charlas magistrales. Para ello, se debe comenzar con el planteamiento del objetivo que se desea alcanzar con el proyecto educativo. Luego, cada sesión deberá tener un objetivo específico escrito desde la perspectiva de los participantes.

Por ejemplo, si el tema de la sesión tiene que ver con cómo los hombres y mujeres experimentan el proceso de jubilación de forma distinta, el objetivo no debería ser “explicar cómo el género influye el proceso de jubilación” pues se está pensando desde la perspectiva del facilitador. Por el contrario, una alternativa es “analizar las condiciones sociales y contextos culturales que experimentan las personas durante la jubilación en relación con su género”.

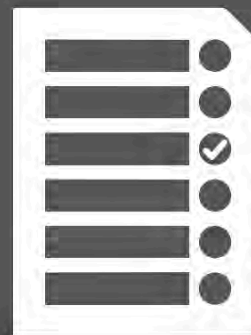
Una vez que se haya planteado un objetivo para la sesión, se puede utilizar la siguiente matriz para planificar los elementos esenciales en el desarrollo del espacio:

Objetivo específico	Técnica	Procedimiento	Tiempo	Evaluación	Materiales	Lugar
XXX	Rompehielo	1. Los participantes...	5 minutos	Hojas de evaluación de satisfacción, actividad de cierre para valorar conocimientos, etc	Hojas	Auditorio...
		2. Luego de esto...				
	Explicativa	1. La presentación...	10 minutos			
		2. Se atienden dudas...	XXX			
	Participativa	3. Hacer grupos de 4 personas...	XXX			
					XXX	

Por proyecto educativo, se recomiendan de 8 a 10 sesiones como mínimo, con un espacio de 1 semana máximo entre cada espacio, con el fin de reforzar competencias trabajadas y evitar que los participantes olviden lo que se ha repasado o pierdan interés. Además, es necesario realizar un perfil de entrada y salida, es decir un diagnóstico donde se pregunte sobre todos los temas de todas las sesiones, para valorar las diferencias de conocimiento al inicio y al final del proyecto.

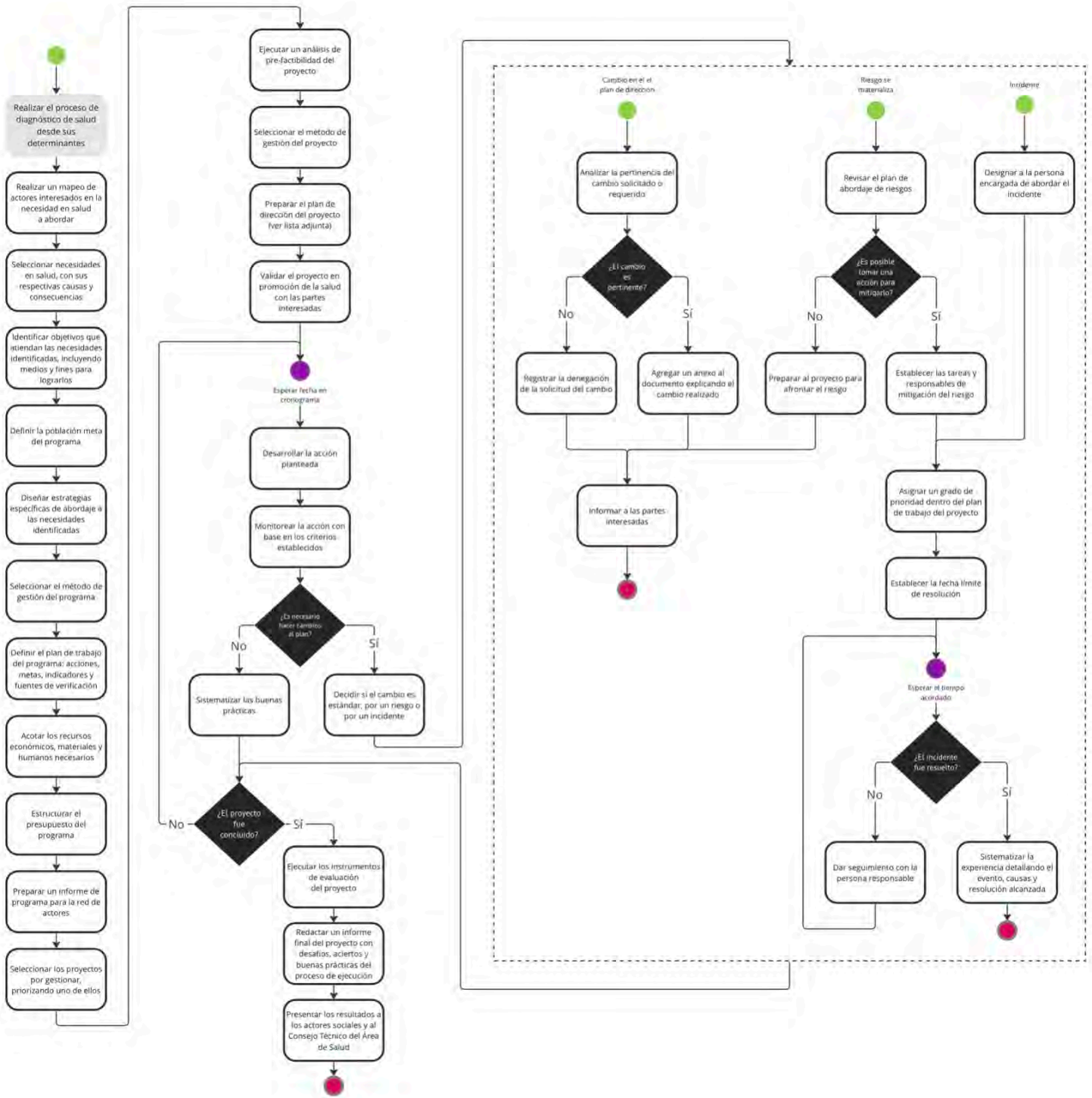
Es el proceso en el cual se preparan y ejecutan programas de promoción de la salud desde el Área de Salud, así como proyectos dentro de ellos para operativizar todo tipo de iniciativas y propuestas de atención como parte de dicho servicio.

Si bien el proyecto es un esfuerzo único en el tiempo, la promoción de la salud puede hacer uso de esta herramienta para organizar una serie de actividades y recursos a fin de conseguir resultados concretos y medibles en la salud de la población. Se plantea un proceso para la gestión continua de programas y proyectos de promoción de la salud, como alternativas de planificación que nazcan desde la propia Área de Salud, y permitan la ejecución de iniciativas de los profesionales en dicho centro.



PROMOCIÓN DE LA SALUD

Gestión de programas y proyectos



Gestión de programas y proyectos

Misión

Operativizar todo tipo de iniciativas como parte del servicio de promoción de la salud, mediante la preparación y ejecución de programas, así como proyectos dentro de ellos, desde el Área de Salud.

Límites

ENTRADAS

Informe del diagnóstico en salud desde sus determinantes

SALIDAS

Informe de alcance de los resultados del programa y/o proyecto, documento con la estructura del programa y/o proyecto, informe con retos y buenas prácticas.

Alcance

COMIENZA

Cuando se desea realizar una acción desde promoción de la salud, incluyendo procesos de salud comunitaria, planificación estratégica de la salud y otros.

TERMINA

Con la elaboración del informe de evaluación del proyecto y/o programa, y su presentación al Consejo Técnico del Área de Salud.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con los indicadores de cumplimiento del programa y/o proyecto, responsables por actividad y estado de ejecución de la misma (por hacer, en desarrollo, completado), cronograma y actas virtuales para reuniones cuando se tomen decisiones o acuerdos.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones, personas encargadas de las actividades, así como los materiales determinados en el programa y/o proyecto.

A. Plan de dirección del proyecto

Misión

Asegurar el éxito y alcance de las metas mediante la elaboración de un plan que dirija el proyecto.

Límites

ENTRADAS

Metodología seleccionada para elaborar el proyecto, resultados del análisis de pre-factibilidad, plan de trabajo del programa de promoción de la salud (si existe).

SALIDAS

Documento escrito con actividades, responsables, metas, indicadores, cronograma, presupuesto y otros elementos pertinentes para dirigir el proyecto.

Alcance

COMIENZA

Cuando el análisis de pre-factibilidad indica que la ejecución del proyecto es posible.

TERMINA

Con la aprobación del plan por parte de los actores involucrados.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con las actividades y el estado de ejecución de cada una (por hacer, en desarrollo, completado), actas virtuales para reuniones cuando se tomen decisiones o acuerdos.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones.

El plan de dirección del proyecto es el documento donde se plasma toda la planificación de la propuesta de atención en promoción de la salud. Debe incluir al menos:

- Alcance
- Acciones, actividades y tareas
- Indicadores de gestión, resultado y/o impacto
- Responsables
- Cronograma
- Recursos
- Métodos de monitoreo y evaluación
- Riesgos internos y externos al proyecto
- Plan de gestión de actores e interesados

Gestión de programas y proyectos

B. Ejecución de actividades

Misión

Realizar las actividades planteadas en el proyecto con base en las fechas establecidas en el cronograma

Límites

ENTRADAS

Plan de dirección del proyecto, cronograma, lista de recursos y responsables, estructura del trabajo y de las tareas.

SALIDAS

Documento con buenas prácticas recopiladas a lo largo de la ejecución del proyecto

Alcance

COMIENZA

Cuando llega la fecha pre-establecida en el cronograma para ejecutar la actividad.

TERMINA

Con la ejecución completa de la actividad. El proceso se repite cada vez que se ejecute cada actividad, y concluye por completo cuando se culmine el plan de trabajo.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con las actividades y el estado de ejecución de cada una (por hacer, en desarrollo, completado), actas virtuales para reuniones cuando se tomen decisiones o acuerdos, documento escrito para sistematizar los retos y las buenas prácticas.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones, materiales plasmados en el plan de recursos del proyecto.

C. Cambio en el plan de dirección

Misión

Mejorar el plan inicial de dirección del proyecto mediante la incorporación de cambios durante su ejecución.

Límites

ENTRADAS Plan de dirección del proyecto

SALIDAS Lista de cambios aprobados y denegados, plan de dirección con los ajustes realizados

Alcance

COMIENZA Si alguna de las partes interesadas solicita cambiar el plan de dirección

TERMINA Con la comunicación a todos los interesados del proyecto sobre la aprobación o denegación de los cambios

Registro

Actas virtuales para reuniones cuando se tomen decisiones o acuerdos, documento escrito para sistematizar los cambios solicitados, aprobados y denegados.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones.

Gestión de programas y proyectos

D. Materialización de riesgos

E. Materialización de incidentes

Misión	Proteger la integridad y estabilidad del proyecto, así como el éxito en el alcance de las metas, mediante la adecuada gestión de riesgos y/o incidentes.	
Límites	ENTRADAS	Plan de dirección del proyecto, plan de gestión de riesgos e incidentes con sus responsables, información de materialización de un riesgo y/o incidente.
	SALIDAS	Plan de mitigación del incidente, registro de la experiencia.
Alcance	COMIENZA	Si se materializa un riesgo o incidente, sea que fuera previamente identificado o no.
	TERMINA	Con la comunicación a todos los interesados del proyecto sobre la situación y la redacción de un informe de la experiencia
Registro	Hoja de cálculo -Excel u otros- con las actividades para abordar el riesgo o incidente y el estado de ejecución de cada una (por hacer, en desarrollo, completado), actas virtuales para reuniones cuando se tomen decisiones o acuerdos, documento escrito para sistematizar los retos y las buenas prácticas.	
Recursos	Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones, responsables de la gestión de riesgos.	

Los programas y proyectos de promoción de la salud son métodos flexibles para operativizar propuestas de atención desde este servicio. Esta iniciativa deberá gestarse desde el diagnóstico de salud y responder a las necesidades y la demanda en salud del Área, con el fin de realizar un proceso con valor público y que genere valor agregado a la salud de la población usuaria.

El **eje temático o necesidad** que se aborde dependerá de esta priorización en el seno de la realidad y el contexto local del momento, por lo que aquí se presenta es la estructura de cómo planificar y ejecutar un programa y/o proyecto, pero el fondo de lo que se aborde deberá ser elegido por la persona encargada del servicio de promoción de la salud.

Por otra parte, los procesos de gestión de riesgos, incidentes o cambios son opcionales en caso de que la situación lo amerite. Durante la ejecución de un proyecto, es posible que se requieran realizar cambios de cualquier índole, por ejemplo el presupuesto aumenta, es necesario modificar un objetivo, un plan de actividades ya no es relevante u otro.

Cuando esto sucede, es necesario **documentar el cambio** de forma correcta en el plan de dirección, pues previo al arranque del mismo los interesados e involucrados (otras instituciones, personal de otro servicio de salud, el Consejo Técnico del Área de Salud, Junta de Salud u otros) aprobaron el proyecto tal y como estaba planteado.

Lo mismo sucede cuando un **riesgo o incidente previamente anticipado se materializa**. Por ejemplo, se puede anticipar que un riesgo durante un proyecto con adolescentes en el escenario escolar sea que haya un cambio en la dirección del centro educativo, y la nueva persona cambie repentinamente el horario en el que se dan las sesiones educativas. Puede que durante el proyecto esto no suceda, y realizar el proceso de gestión de riesgos no sea necesario. Pero, si sí sucediere, se debe contar un plan para atender la situación, y no simplemente detener o eliminar el proyecto.

Es el proceso en el cual se construye la autonomía de la comunidad para ejercer la co-gestión de su salud.

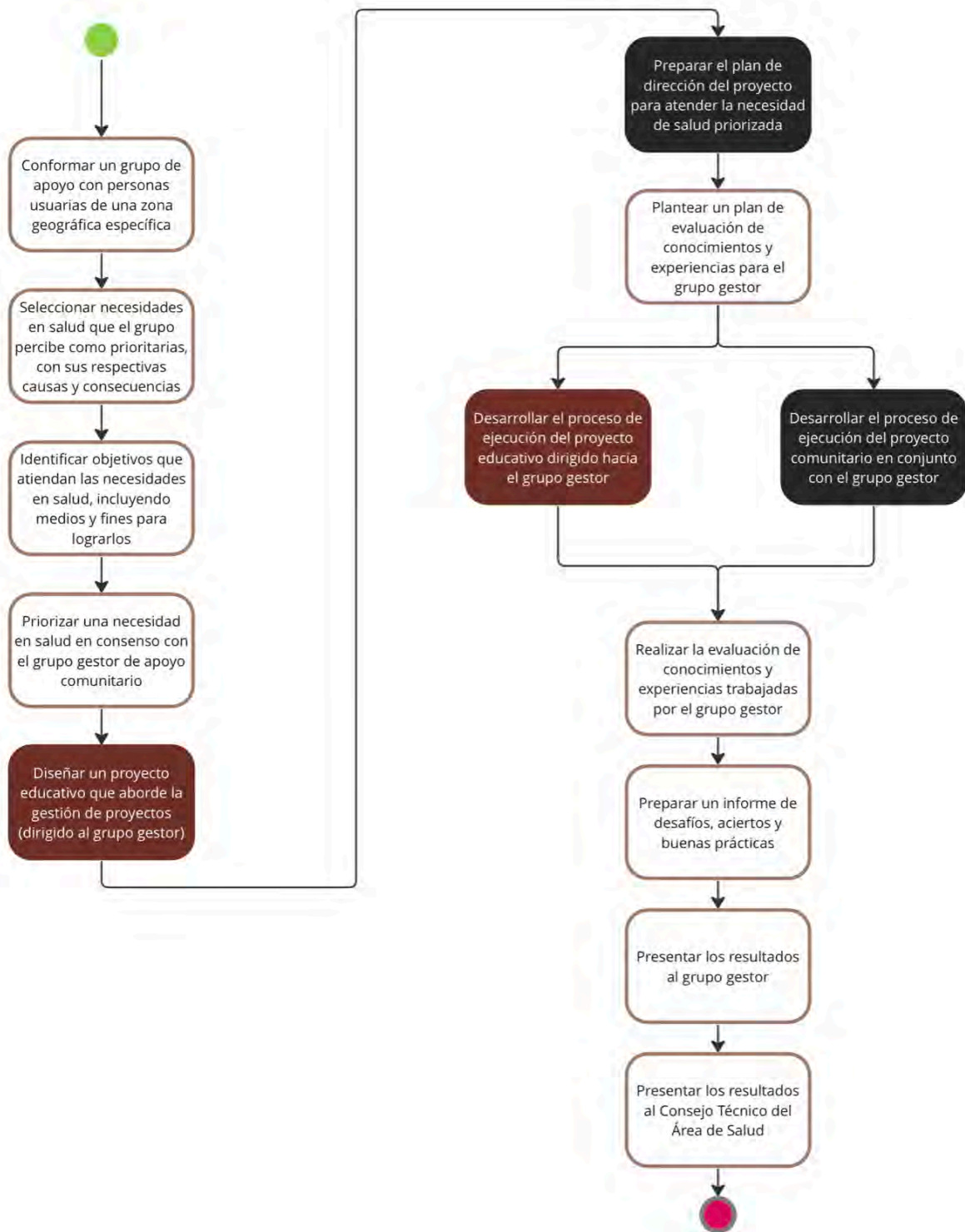
La gestión de la salud comunitaria exige dos elementos simultáneos: el desarrollo de una iniciativa para mejorar la calidad de vida de la población, y la generación de competencias para que puedan hacerlo sin colaboración institucional en el futuro. El rol del Área de Salud en la salud comunitaria consiste en acompañar a la población en el abordaje de los determinantes sociales y el contexto en el cual están inmersos, para mejorar sus condiciones de vida. Ello lleva a la co-gestión de la salud y trasciende el enfoque asistencialista, en el cual la institución pública resuelve los asuntos de forma vertical.

En su lugar, la comunidad puede potenciar sus saberes en cuanto a organización, liderazgo, gestión y dirección de estrategias, para que sean ellos mismos quienes participen en la promoción de su salud.



P R O M O C I Ó N D E L A S A L U D

Gestión de la salud comunitaria



Gestión de la salud comunitaria

Misión

Construir la autonomía de la comunidad mediante el ejercicio de la co-gestión de su salud.

Límites

ENTRADAS

Informe del diagnóstico en salud desde sus determinantes

SALIDAS

Informe de alcance de los resultados del proyecto, informe de evaluación de conocimientos y experiencias del grupo gestor comunitario

Alcance

COMIENZA

Cuando se desea realizar una propuesta de atención en promoción de salud en conjunto con personas que conforman alguna de las comunidades del Área de Salud.

TERMINA

Con la elaboración del informe de evaluación de ambos proyectos (el educativo y el del grupo gestor), y su presentación al Consejo Técnico del Área de Salud.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con los indicadores de cumplimiento del proyecto, responsables por actividad y estado de ejecución de la misma (por hacer, en desarrollo, completado), cronograma y actas virtuales para reuniones cuando se tomen decisiones o acuerdos.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones y sesiones educativas, personas que conformen el grupo gestor, así como los materiales determinados en el proyecto.

El proceso de gestión de la salud comunitaria exige un grado mayor de complejidad a otros, pues se deben desarrollar dos proyectos en simultáneo. Este proceso busca conformar un grupo de personas de la comunidad, llamado grupo gestor, y generar en ellos competencias en dirección de proyectos y planificación de propuestas de atención en promoción de la salud.

Sin embargo, la **práctica es la mejor herramienta de aprendizaje**. Por eso, no solo se ejecuta un proyecto educativo en torno al tema de dirección y planificación comunitaria en salud, sino que se ejecuta, en conjunto con el grupo gestor, un proyecto que atienda la necesidad en salud que ellos decidan.

Al participar en un proceso de aprendizaje sobre cómo dirigir un proyecto, mientras ejecutan un proyecto de salud comunitaria bajo la coordinación de la persona encargada del servicio de promoción de la salud, se genera una competencia sumamente importante sobre la autonomía y co-gestión de la salud. Esto se debe a que las personas practican herramientas para abordar propuestas de promoción de salud sin ayuda de una institución en el futuro.

En ese sentido, el proceso incluye “cajas” en color rojo y negro para referir a los procesos correspondientes relacionados con educación para la salud y gestión de programas y proyectos.

Este proceso es fundamental para los servicios de salud de primer nivel, pues ellos son los llamados a construir una **atención primaria** en salud. Ello, en conjunto con el servicio de promoción de la salud, implica poner a la comunidad en el centro de cualquier propuesta de atención y realizar acciones y procesos extra muros para mejorar la salud desde los diversos escenarios donde se desenvuelven las personas. Precisamente, la gestión de la salud comunitaria es un pilar fundamental para hacer esta meta una realidad.

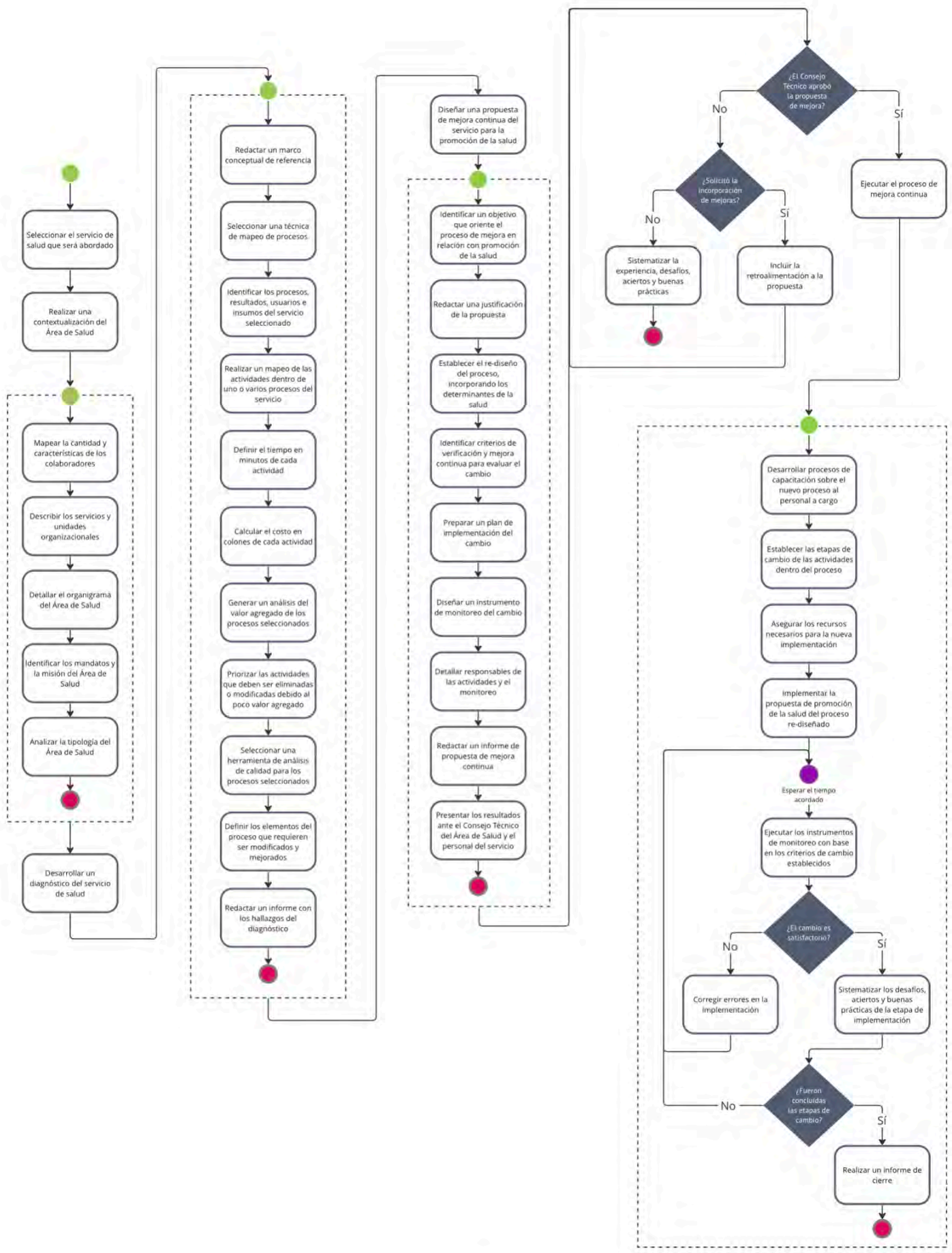
Es el proceso en el cual se incorporan cambios innovadores y significativos para los usuarios a los servicios y programas del Área de Salud, para optimizar su aporte a la promoción de la salud y la atención primaria en salud.

La reorientación de servicios de salud consiste en encontrar puntos específicos en la gestión del Área de Salud que pueden ser eliminados, re-diseñados y mejorados, con el fin de brindar mayor valor público a la población usuaria. Se basa en un proceso de mejora continua, siempre buscando que las personas gocen de una mejor experiencia de atención, con base en los determinantes de su salud. La promoción de la salud no solo debe buscar la transversalización de una perspectiva de los determinantes de la salud en los otros servicios, sino también llevar a la práctica cambios reales que operativicen la misión de la atención primaria para un primer nivel de atención.



P R O M O C I Ó N D E L A S A L U D

Reorientación de servicios de salud



Reorientación de servicios de salud

Misión

Fortalecer la gestión del Área de Salud y su aporte a la promoción de la salud, mediante la incorporación de un enfoque de los determinantes de la salud, así como cambios innovadores y significativos para los usuarios.

Límites

ENTRADAS

Planes anuales operativos de los servicios, experiencias de usuarios, información recopilada por la Junta de Salud y la Contraloría de Servicios.

SALIDAS

Informe de cierre del proceso de re-diseño

Alcance

COMIENZA

Cuando se desea realizar cambios a algún servicio o componente del modelo de gestión del Área de Salud para la promoción de la salud.

TERMINA

Con la elaboración del informe de resultados y cierre del proceso de re-diseño, y su comunicación con el Consejo Técnico del Área de Salud.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con los indicadores de cumplimiento de la propuesta de mejora continua, responsables por actividad y estado de ejecución de la misma (por hacer, en desarrollo, completado), cronograma y actas virtuales para reuniones cuando se tomen decisiones o acuerdos.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones.

Reorientación de servicios de salud

A. Contextualización organizacional

B. Diagnóstico del servicio seleccionado

Misión

Conocer los principales componentes administrativos, estructurales y de gestión del Área de Salud, así como las actividades dentro de los procesos del servicio a mejorar.

Límites

ENTRADAS

Planes anuales operativos de los servicios, entrevistas a funcionarios, Análisis de Situación Integral en Salud -ASIS-, documentos institucionales.

SALIDAS

Informe de caracterización del Área de Salud y del servicio seleccionado.

Alcance

COMIENZA

Cuando se desea realizar cambios a algún servicio o componente del modelo de gestión del Área de Salud

TERMINA

Con la redacción de un informe de los principales resultados y conclusiones del diagnóstico organizacional.

Registro

Hoja de cálculo -Excel u otros- con la sistematización de la información recopilada en entrevistas y otras fuentes.

Recursos

Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las entrevistas.

Reorientación de servicios de salud

C. Propuesta de mejora continua del servicio

D. Ejecución de propuesta de mejora continua

Misión	Desarrollar un impacto positivo en la experiencia de los usuarios del Área de Salud, mediante la mejora continua en la gestión del servicio seleccionado y su aporte a la promoción de la salud y atención primaria en salud.
Límites	ENTRADAS Diagnóstico organizacional y del servicio, compromiso y aprobación del Consejo Técnico del Área de Salud y el recurso humano del servicio.
	SALIDAS Documento con la propuesta de mejora del servicio, informe de cierre, informe de sistematización de la experiencia con retos, aciertos y buenas prácticas.
Alcance	COMIENZA Cuando los resultados del diagnóstico denotan áreas de mejora que deben ser resueltas.
	TERMINA Con la presentación de los informes de resultados al Consejo Técnico y recurso humano del servicio impactado.
Registro	Hoja de cálculo -Excel u otros- que incluya el mapeo de los procesos del servicio, una lista de actividades y su estado (por hacer, en desarrollo, completado), indicadores de cumplimiento del cambio, retos, aciertos y buenas prácticas.
Recursos	Persona a cargo del proceso, horas de trabajo por semana, computadora con acceso a internet, procesador de texto, espacio físico o virtual para las reuniones.

Optimizar el aporte de los servicios y programas de primer nivel a la promoción de la salud y la atención primaria es un reto importante pero posible. Un cambio real va más allá de transversalizar un enfoque de determinantes sociales en cada servicio. El enfoque es solo un concepto y no implica una transformación en los procesos de atención que experimentan los usuarios.

En ese sentido, es necesario conocer a detalle la estructura organizacional del Área de Salud, así como cada actividad dentro de los procesos del servicio. Una vez que se cuente con este nivel de detalle, el valor agregado que dicho proceso genera al usuario se puede analizar de diversas formas. Una de ellas es calculando el tiempo en minutos y costo en colones aproximado de cada actividad dentro del proceso. Luego, se utiliza la siguiente tabla para analizar el aporte de cada actividad:

Pregunta	Sí	No
¿Notará el usuario final una disminución en el valor de su servicio si esta actividad no se ejecuta?	1	0
¿Estaría evidentemente incompleto el servicio sin este paso?	1	0
¿Si usted estuviera obligado a entregar el servicio en forma urgente, obviaría usted este paso?	0	1
¿Si usted está coordinando este proceso y podría lograr ahorros eliminando este paso, lo haría?	0	1
Si la actividad consiste en una inspección o en una revisión, ¿es la tasa de rechazos o devoluciones significativa?	1	0

Posterior a esto, se deben categorizar los costos y tiempos en un valor del 1 al 5. Para esto, se toma el tiempo máximo (es decir el tiempo de la actividad que toma más en completarse) y el tiempo mínimo (es decir el tiempo de la actividad que toma menos en completarse), y se le asignan el valor 5 y 1 respectivamente. Luego, se suman y se dividen entre dos para obtener el valor 3. El valor 2 se obtiene sumando el valor 1 y 3, y dividiéndolo entre 2. Por último, el valor 4 se obtiene sumando el valor 3 y 5, y dividiéndolo entre 2. Por ejemplo:

Tiempo mínimo: 5 minutos (valor 1)

Tiempo máximo: 151 minutos (valor 5)

Valor 3 = $(151+5)/2 = 78$

Valor 2 = $(5+78)/2 = 41$

Valor 4 = $(78+151)/2 = 114$

Esta misma fórmula se utiliza para calcular los valores del costo en colones. Con estos valores es posible crear una tabla que contenga los siguientes elementos:

Actividad	Tiempo	Costo	Preguntas de valor agregado					Análisis de valor					Resultado	
			1	2	3	4	5	Total	T	C	V/T	V/C		

En las columnas del 1 al 5 se agregan los resultados de las preguntas de la tabla anterior, lo cual se suma y se agrega en la columna de Total. Mientras que, en las columnas T y C se debe asignar un valor del 1 al 5 de acuerdo con el cálculo explicado antes. El valor se asigna de acuerdo a la cantidad más próxima.

Es decir, siguiendo el ejemplo anterior, si el Valor 3 de tiempo es 78 minutos, y una actividad dura 80 minutos, se le debería asignar el valor de 3, ya que los valores 2 y 4 tienen una distancia mayor al tiempo real de la actividad en cuestión, con 41 minutos y 114 minutos respectivamente.

Finalmente, la columna V/T es el resultado de dividir la columna de Total entre la columna de Tiempo, y la que sigue sería dividiendo con la columna de Costo. Si este número es 5 la actividad es "Primordial", si el número es menor a 1 la actividad es "Riesgosa", mientras que con el resto de números la actividad es "Normal".

El objetivo de esto es encontrar cuales actividades dentro del proceso representan un riesgo para el servicio ya sea por que tienen un costo muy alto o toman demasiado tiempo en ser completadas. Esto permite valorar si es posible eliminarlas u optimizarlas.

Evaluación del aporte del servicio a la promoción de la salud

Una vez que se haya completado el análisis de valor agregado, se debe hacer una priorización de aquello que debe ser modificado. Esta priorización deberá ser con base en los criterios de tiempo y costo detallados antes, pero también utilizando una lista de verificación para evaluar el aporte de todo el servicio como tal a la promoción de la salud desde una perspectiva de los determinantes.

Para esto, se incluye la siguiente matriz de evaluación. En la tabla se detalla la cantidad de puntos que se deben sumar si esa fue la opción escogida. Por ejemplo, si para el primer criterio se marca la opción "De acuerdo", se debe sumar 1 punto, y así sucesivamente. Al final, se deberán sumar todos los puntos obtenidos y utilizar las siguientes categorías:

- 35 a 45 puntos: El aporte del servicio a la promoción de la salud es significativo
- 20 a 34 puntos: El aporte del servicio a la promoción de la salud es mejorable
- 19 puntos o menos: El servicio requiere una reorientación prioritaria

La evaluación estará a cargo de quien lidere el proceso de reorientación, siendo el profesional en promoción de la salud el que tiene las competencias adecuadas. Cada funcionario del servicio marcará en una hoja las respuestas de acuerdo con su opinión, sumará los puntos obtenidos y seleccionará alguna de las 3 categorías anteriores según el resultado. Ganará la categoría que la mayoría haya obtenido.

En caso de empate, el líder del proceso puede realizar una reunión para discutir los criterios en los que haya mayor diferencia de opinión, y deberá realizar una evaluación final para obtener un resultado absoluto.

1. La mayoría del tiempo total semanal del servicio se dedica a la atención directa de usuarios exclusivamente (consulta individual)
2. Usualmente se utilizan aspectos relacionados con la ficha familiar (tales como vivienda y ocupación) para la atención al usuario, adicional al historial clínico, síntomas y toma de signos
3. Es práctica común que durante la consulta individual se le consulte al usuario si en el último año ha sido parte de actividades o procesos de promoción de la salud del Área de Salud
4. En la mayoría de los casos, la consulta individual toma en cuenta información provista de otros servicios de apoyo
5. Todos los funcionarios del servicio pueden definir la diferencia entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud sin mayores inconvenientes
6. Todos los funcionarios del servicio pueden explicar qué son los determinantes de la salud con apropiación
7. Todos los funcionarios del servicio conocen qué es la atención primaria y cómo aportan a esta visión
8. El Plan Anual Operativo del servicio explica de manera específica cuáles son los determinantes de salud prioritarios para la organización y cómo el servicio aporta a su abordaje
9. La jefatura o coordinación del servicio considera que la promoción de la salud es menos importante que la consulta individual o grupal
10. Los usuarios cuentan con un acceso oportuno al servicio en términos de tiempo de espera
11. En los últimos 2 años, los comentarios negativos que la Contraloría de Servicios ha recibido del servicio son justificados (sumar 3 puntos si no se han recibido comentarios negativos en este periodo)
12. Los usuarios tienen acceso a varios mecanismos para evaluar su satisfacción con el servicio cada vez que lo utilizan, adicional a la posibilidad de presentar quejas en otra instancia.
13. El servicio está involucrado en alguna actividad de investigación o vigilancia epidemiológica relacionada con los determinantes de la salud y su influencia en las patologías de mayor prioridad para el servicio
14. La mayoría de actividades extra-muros del servicio se planifican con un modelo de determinantes de la salud
15. Las actividades extra-muros del servicio se planifican primordialmente con base en los factores protectores y de riesgo para las principales patologías atendidas en el Área de Salud

Criterio	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	0	1	2	3
2	3	2	1	0
3	3	2	1	0
4	3	2	1	0
5	3	2	1	0
6	3	2	1	0
7	3	2	1	0
8	3	2	1	0
9	0	1	2	3
10	3	2	1	0
11	0	1	2	3
12	3	2	1	0
13	3	2	1	0
14	3	2	1	0
15	0	1	2	3

3

CAPÍTULO 3



Se incluye el trayecto específico a seguir para la ejecución de los procesos y la articulación de los equipos de trabajo para propuestas de atención en promoción de la salud.

La guía presenta sugerencias, criterios, datos importantes y actividades a seguir para desarrollar la promoción de la salud en los servicios de primer nivel. También, se proponen mecanismos de evaluación, lo cual es clave para monitorear el éxito o los espacios de mejora de este servicio.

GUÍA OPERATIVA

ESTRUCTURA DE TRABAJO

Teniendo claridad en cada uno de los componentes de los procesos, llega la hora de ejecutar las acciones. Este apartado incluye una serie de instrucciones y consejos para desagregar las actividades de los procesos en una estructura de trabajo operativa, que facilite el desarrollo de la promoción de la salud en el Área de Salud y, aún más importante, garantice el alcance de resultados valiosos para los usuarios y un impacto significativo en sus determinantes.

Definición de resultados

Cualquier acción que se desarrolle necesita de un objetivo general. El objetivo general debe expresar la aspiración o el estado que se desea alcanzar, y no actividades o tareas. Debe incluir un único verbo en infinitivo y no debe llevar el término “para”, pues lo que viene después sería el objetivo. Por ejemplo:

Objetivo general incorrecto:

Desarrollar talleres participativos para fortalecer la salud mental de los adolescentes.

Acción

Meta

Alternativa:

Fortalecer la salud mental de los adolescentes, mediante el desarrollo de talleres participativos.

Además, los objetivos generales deben, preferiblemente, incluir la población y el tiempo, así como expresar una meta medible y realista. Siguiendo con el ejemplo anterior:

Fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes de noveno año de los colegios públicos del distrito de Calle Blancos durante el primer semestre del 2024, mediante el desarrollo de talleres participativos.

Los objetivos generales son trascendentales porque de ellos nacen los objetivos específicos, de ellos nacen las acciones, luego las actividades y tareas, y los indicadores de monitoreo y evaluación. Entonces, un objetivo mal planteado llevará a una evaluación incorrecta, y por ende no se estará comprobando que la salud de las personas realmente está siendo mejorada.

Siguiendo con el ejemplo de arriba, si se toma el objetivo general incorrecto refiriendo a desarrollar talleres participativos, probablemente los indicadores se plantearían hacia el número de talleres desarrollados, mas el número de talleres no es relevante. Sean 5 o 50 talleres, nunca se sabrá si fueron relevantes para la población.

Por el contrario, si se toma el objetivo planteado de último, se deberían tomar indicadores sobre el porcentaje de adolescentes que demostraron un cambio con respecto a su opinión sobre la importancia de las habilidades sociales en la construcción de relaciones interpersonales exitosas, por ejemplo. Este cambio de opinión sí permitirá medir un resultado a corto plazo de las experiencias socio-educativas de las cuales fueron parte.

Ahora bien, la **gestión para resultados** es un método que permite apoyar la planificación de acciones de promoción de la salud. Se basa en la idea de que el primer paso debe ser la definición clara de los resultados que se desean alcanzar y, con base en ellos, definir las acciones e insumos necesarios para llegar ahí. Para ello, se utiliza un elemento llamado cadena de resultados:



Los impactos y efectos son expectativas de lo que se espera alcance el abordaje de promoción de la salud en un plazo mediano y largo, no menos a 5 años. Debido a esto, son de difícil medición pues existen muchos factores externos al abordaje dado que influyen el resultado obtenido.

Entonces, el límite de la gestión comienza con los **productos**. En este caso, se puede recurrir a las “salidas” especificadas en cada ficha de los procesos, en la sección anterior. Además, se pueden especificar otros productos propios del abordaje que se desee dar, por ejemplo adolescentes entrenados en habilidades sociales, materiales didácticos de los talleres, programación de las sesiones educativas y otros. Estos productos son elementos que se obtienen de forma directa e inmediata por las actividades desarrolladas.

Si el impacto esperado es la reducción en la incidencia de casos de obesidad infantil en el Área de Salud, se deberán tomar en cuenta múltiples factores para que esto suceda, no atribuibles a las acciones que se desarrollen desde el centro de salud, tales como las políticas de gobierno, exposición a campañas de comunicación, prácticas y hábitos de los adultos con los cuales convive, acceso a alimentos con alto valor nutricional, actividad física y otros.

Ahora bien, es imposible conocer los productos sin siquiera saber cual es el tema o necesidad que se abordará. Para mayor claridad, se sugiere seguir el siguiente **esquema de preguntas**, las cuales en orden responderán la necesidad, el impacto a largo plazo, los efectos a mediano plazo, los productos a corto plazo y el objetivo general:

- ¿Cuál es el área, eje temático o necesidad de salud que se desea abordar?
- ¿Cuál es el estado ideal de ese asunto?
- ¿Qué de eso se desea alcanzar a mediano plazo?
- ¿Qué se necesita para llegar a esas metas?
- ¿Cómo se pueden obtener esos productos?

Una vez que se tiene el objetivo general, es necesario desagregarlo en unidades de trabajo tan específicas como se necesiten, así como identificar todo aquello que se necesite para completarlo.

Desagregación de los objetivos

Por lo general, se recomiendan entre 3 y 4 objetivos específicos, a menos que la propuesta de atención requiera de un trabajo a mediano-largo plazo o de una mayor especificidad. La cantidad de actividades por cada objetivo varía en gran medida por su naturaleza, pero se recomiendan entre 5 y 15 actividades por objetivo específico. También, se sugiere descomponer cada actividad por tareas, con el fin de garantizar un mejor monitoreo del trabajo, con no más de 5 a 7 tareas por actividad.



Las actividades se redactan con sustantivos y no verbos, por ejemplo “búsqueda” en lugar de buscar, o “selección” en lugar de seleccionar. Por su parte, las tareas son las unidades de ejecución más básicas, por lo que se debe procurar que sean sumamente específicas y no impliquen demasiados pasos para ser completadas, tales como “enviar un correo electrónico”, “redactar una carta” y “llamar por teléfono”.

Con la estructura de trabajo desglosada, es posible establecer los indicadores y las herramientas de monitoreo y evaluación. Sin embargo, estos elementos se detallan más adelante en el apartado de evaluación.

Una vez que se hayan establecido los componentes del trabajo, es necesario especificar los **responsables e insumos** por cada actividad. Los insumos deben ser materiales y activos fijos, como auditorios, espacios recreativos, suplementos de oficina y otros, así como recurso humano. Los responsables se deben asignar por actividad, y cada persona será la encargada de asegurar que se cumplan las tareas dentro de la actividad asignada. En equipos pequeños es común que una sola persona se encargue de varias actividades.

Ejercicio

A continuación, se presenta una tabla para completar la información estudiada antes. A manera de ejercicio, se recomienda completar los elementos sugeridos con base en el objetivo general propuesto, con el fin de estimular la creatividad en el desarrollo de propuestas de atención.

La planificación del trabajo en promoción de la salud requiere de ideas innovadoras pues, distinto a una ciencia exacta, nunca habrán fórmulas perfectas que den resultados iguales en todos los contextos. Es necesario conocer a detalle las condiciones y los determinantes de la salud para idear acciones que pueden abordar la situación deseada.

Es por ello que, esta planificación no se encuentra en un libro o folleto, sino que debe ser imaginada con la creatividad de la persona a cargo. Para ello, a continuación se sugiere esta matriz para planificar un proyecto hipotético. Además, se completó la primera fila para indicar cómo escribir los enunciados:

Objetivo general del proyecto:

Fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes de noveno año de los colegios públicos del distrito de Calle Blancos durante el primer semestre del 2024, mediante el desarrollo de talleres participativos.

Objetivo específico	Actividades	Tareas
Desarrollar un diagnóstico de necesidades de aprendizaje con respecto a la temática de habilidades sociales, en la población meta	Diseño de los instrumentos de recolección de información	Seleccionar las variables a consultar
		Redactar las preguntas en un documento
		Imprimir los formularios
	Selección de una muestra en la población meta	

Para las actividades, es posible utilizar los diagramas de flujo presentados antes. Los objetivos específicos deberán ser redactados de tal forma que al completarlos, sea posible dar respuesta al objetivo general.

Ejecución del plan de trabajo

Ahora bien, existen múltiples formas de ejecutar el trabajo, una vez que haya sido planificado. Con excepciones, el método preferido para ejecutar acciones de promoción de la salud es por medio de proyectos. El proyecto es un esfuerzo definido en el tiempo, el cual agrupa una serie de tareas y recursos para alcanzar metas específicas.

A lo largo de los últimos años se han planteado diversas metodologías de gestión de proyectos, las cuales se utilizan en instituciones públicas y empresas privadas para todo tipo de objetivos, desde la reestructuración de un departamento contable, el lanzamiento de un nuevo producto tecnológico, hasta la construcción de una autopista. El método no cambia, pues es la forma en que organizan los recursos disponibles para obtener resultados.

Una de esas metodologías es la **implementación Ágil**, la cual propone la ejecución de acciones por paquetes de trabajo llamados "sprints". Los sprints agrupan actividades para ser ejecutadas en un plazo no mayor de 2 semanas, mientras que un plan deberá incluir no más de 6 sprints, es decir, 3 meses (Móndelo y Sánchez, 2020).

La meta global de trabajar bajo una metodología ágil es generar productos al finalizar cada uno de los sprints, de tal forma que se puedan hacer mejoras y correcciones en el camino, y no esperar a que finalice todo el plan de trabajo para entregar valor a los usuarios. Este método va en línea con la gestión para resultados, pues exige priorizar los resultados que se entregarán cada dos semanas, y planificar las actividades de cada sprint en función de ellos.



Por cada sprint se deberá definir al menos un entregable. Por ejemplo, si se trata de un proyecto de fortalecimiento de habilidades sociales en adolescentes, y se trabaja en una sesión educativa a la semana, entonces un sprint cubre 2 sesiones educativas. Los entregables del primer sprint (para las primeras dos sesiones educativas) podrían ser un perfil de entrada para evaluar los conocimientos existentes en la primera semana, y una encuesta para evaluar el nivel de satisfacción en la segunda semana.

Estos dos serán los entregables del primer sprint, por lo que habrá que planear actividades que alcancen estos productos, así sucesivamente a lo largo de todo el plan de trabajo. De ser necesario, un solo proyecto puede incluir varios planes de trabajo de hasta 6 semanas cada uno.

Es necesario que cada actividad cuente con una **fecha** en la que se comenzará y en la que se terminará, así como realizar un cronograma en orden con cada una de las fechas, para tener claridad visual en cuando deberán estar listos los entregables, y quiénes son los responsables de tenerlos listos.

Uno de los factores más importantes para el alcance de los resultados es el nivel de integración que se logre entre los integrantes del equipo responsable. Si bien cada persona tiene actividades asignadas, todos deben tener claridad en la razón de esas actividades, por lo que deben existir espacios de articulación a lo largo de la gestión de los procesos de promoción de la salud.

Articulación de los equipos de trabajo

Los equipos que estén involucrados en la promoción de la salud del centro de salud deben desarrollar una sinergia que facilite la gestión de los procesos. Esta dimensión no tiene que ver con elementos técnicos o administrativos, sino con la experiencia humana y las relaciones interpersonales que se desarrollan en el seno de un equipo de trabajo.

En primer lugar, todo equipo debe tener a una **persona coordinadora**. Su rol tiene que ver con la conducción del equipo hacia el alcance de resultados deseados. La gerencia no es solamente un puesto sino un conjunto de acciones de liderazgo, por lo que es necesario trascender la visión jerárquica de la coordinación.

Esta persona no debe considerarse la figura a la cual el resto del equipo debe rendir cuentas, sino la que motiva y mueve el equipo hacia adelante.

La coordinación también debe enseñar y entrenar al resto de integrantes en temas pertinentes, con el fin de facilitar la co-gestión de los procesos y desarrollar personas autónomas. Las tres funciones principales de la persona coordinadora son:

- ✓ Conducir el equipo a los resultados de salud deseados
- ✓ Asegurar que los integrantes tengan lo necesario para completar sus tareas
- ✓ Proveer entrenamiento y enseñanza

Por otra parte, cada integrante del equipo debe poner en práctica una serie de principios y características del **liderazgo**. En lugar de esperar a que la coordinación asigne actividades, las personas deben colaborar de forma activa en la construcción del trabajo y su planificación. En efecto, todos deben ser líderes. Algunos elementos del liderazgo necesarios para desarrollar procesos de promoción de la salud son:

Compromiso

Todos los integrantes deben estar comprometidos con los resultados y las metas por alcanzar, así como con sus respectivas responsabilidades. También entra en juego la ética profesional y el deseo de mejorar la salud de la población.

Proactividad

Cada miembro del equipo tiene la posibilidad de generar ideas, proponer nuevas formas de abordaje, instaurar cambios y motivar a los demás a seguir un camino específico. Los líderes no esperan a recibir órdenes.

Aprendizaje constante

La actualización y formación continua son esenciales para garantizar el crecimiento constante del equipo, innovación en sus formas de trabajo y construcción de métodos modernos de trabajar en la salud pública y promoción de la salud.

Desacuerdo

Los líderes no temen estar en desacuerdo con los demás. Por el contrario, tienen la confianza de expresar sus dudas y preocupaciones, y proponen alternativas que generen mejores resultados. Estar en desacuerdo permite ver áreas que el resto del equipo puede estar pasando por alto.

Desarrollo de líderes

El liderazgo también implica desarrollar líderes. Esto es esencial para que todos en el equipo cuenten con las herramientas para asegurar el éxito del proceso. Ser líder significa colaborar con los demás y compartir habilidades, competencias y conocimientos.

Estas características del liderazgo se asocian con el aporte de cada disciplina a los procesos de promoción de la salud que se estén desarrollando. La formación en las ciencias de la salud es diversa, por lo que dichas habilidades, conocimientos y competencias son enriquecidas por espacios en los que se construya algo nuevo a partir de su unión. La fragmentación es un problema común en los servicios de salud, pues lo más sencillo es que cada quien realice acciones desde lo que conoce, mientras que la **interdisciplinariedad** pone un reto importante en el trabajo en grupo.

La articulación de un equipo de trabajo en promoción de la salud exige compartir conocimientos, poner a disposición herramientas propias de cada disciplina y generar ideas innovadoras que aborden la situación dada, debido precisamente a que la salud es el producto de una realidad compleja. Trabajar en equipo no es la simple repartición de tareas, sino pensar en conjunto, hacer lluvia de ideas en conjunto, discutir y construir propuestas en conjunto, aprender en conjunto.

A esto también se puede adicionar un ingrediente clave para alcanzar relaciones interpersonales fructíferas: la **inteligencia emocional**. Esta habilidad permite percibir, comprender y controlar las emociones propias y de los demás, mediante la capacidad de poner filtros en el proceso de comunicación para saber qué decir, cómo decirlo y en qué momento decirlo. Además, la inteligencia emocional permite tener una perspectiva positiva sobre las situaciones de la vida, en lugar de enfocarse en aquello que cause daño.



La capacidad de ser emocionalmente inteligente también pasa por la empatía, y entender que no todas las personas tienen las mismas experiencias e historias de vida, por lo que sus reacciones y actitudes no pueden ser iguales a las propias. La inteligencia emocional es clave en la comprensión y aceptación de retroalimentación, manejo respetuoso de la comunicación y construcción positiva de relaciones entre los integrantes del equipo.

Finalmente, la **eficacia en los espacios de reunión** es esencial. Es necesario tener una lista de temas por cubrir con una duración exacta de cada uno, siendo realista del tiempo disponible. Se deben asignar roles durante la reunión para que varias personas puedan aportar y compartir, así como establecer específicamente lo que se desee alcanzar al final del espacio.

Ejercicio

Herramientas para preparar y estimular la integración grupal:

A lo largo del desarrollo de una propuesta de atención en promoción de la salud, sea desde su concepción y planificación hasta su evaluación, el equipo encargado puede ejecutar diversas actividades para estimular la participación activa y la colaboración de los integrantes, así como promover una óptima articulación de los esfuerzos. A continuación se presentan dos herramientas para tal fin, la primera puede aplicarse al inicio del proceso, la otra puede utilizarse en diferentes momentos cuando se considere necesario.

1. Tomando acuerdos...

Cada integrante del equipo deberá sugerir al menos tres requisitos, relacionados con aspectos de convivencia, que se deberán cumplir para que el proceso sea exitoso.

Estos los colocarán en papeles de colores, los cuales serán pegados en una pizarra para su discusión. Si los demás también creen que es necesario, el acuerdo se anotará en una lista, la cual será pegada en la pared cada vez que se desarrolle una reunión de equipo:

Es importante redactarlos en positivo, y no “No utilizar el teléfono”, como se muestra a continuación:

Acuerdo	¿Por qué es importante?
Omitir el uso del teléfono durante las reuniones a menos de que sea una emergencia.	Todos queremos sentirnos escuchados, por lo que estar presente es parte del respeto que se le debe a los compañeros por sacar el tiempo de estar en este espacio.
Escuchar con respeto mientras otros opinan, evitar interrumpir.	

2. El trabajo en equipo hace los sueños realidad...

Todos tenemos habilidades y competencias que hemos aprendido y practicado a lo largo de nuestra vida. Todos tenemos algo de decir y algo en qué aportar. Aunque nos conozcamos de varios años, o esta sea nuestra primera interacción, el éxito de esta iniciativa recae en el nivel de integración que logremos alcanzar de nuestros poderes.

Para ello, la siguiente tabla puede completarse en el momento que se considere necesario, con el fin de asegurar que todos los integrantes contribuyan de manera igualitaria para las acciones de promoción de la salud (P.S.) que se planifiquen:

¿Cuál es mi superpoder?	¿Cómo podría ayudar a la propuesta de P.S.?	¿Cuál superpoder quisiera potenciar?	¿Para cuándo quisiera sentirme cómodo@ poniendo en práctica el superpoder?
Hablar en público	Puedo dar exposiciones ante cualquier público sin bloquearme	Manejar Excel	Junio 2024

“Superpoder”: alguna habilidad, competencia, conocimiento que domino con confianza

De esta forma, el líder del equipo puede dar seguimiento a las habilidades que las personas deseen tener en un corto o mediano plazo. Idealmente, estas deberán estar relacionadas con la propuesta que se llevará a cabo. El líder podrá colaborar en la búsqueda de recursos para abordar la situación.

También, si una persona tiene la habilidad que otra quisiera adquirir, la tabla podrá exponer estas ideas para que los integrantes trabajen de forma más cercana.

Cada persona podrá poner la cantidad de superpoderes que desee.

EVALUACIÓN DE ACCIONES

El último componente de este capítulo, habiendo definido las características de los procesos y las formas de estructurar el trabajo, corresponde a la evaluación de las acciones. Aquí se presentan algunas formas en que se puede dar seguimiento y evaluar las acciones de promoción de la salud desde el centro de salud.

Seguimiento y control durante la ejecución

La división del trabajo por segmentos (sprints) con duración específica, explicado en el apartado anterior, se puede acompañar con una herramienta llamada **Tablero Kanban**. Consiste en una pizarra, física o virtual, en la cual se colocan 4 columnas: por hacer, en progreso, en verificación, completado. A lo largo de las columnas se colocan, en papeles o cuadros pequeños, las actividades de cada sprint según corresponda. Esto permitirá dar seguimiento a las actividades que están pendientes de ser comenzadas, así como limitar la cantidad de actividades que estén en progreso, para evitar la sobre carga de trabajo.

A continuación se presenta una posible tabla de seguimiento al plan de trabajo:

Sprint	Entregable	Responsable	Estado de la actividad			
			Por hacer	En progreso	En verificación	Completado
1	A	Ana	X		Y	
			X			
	B	Pedro				Z
						Z
	C	Isaac		K		

La tabla muestra el estado general del trabajo. Por ejemplo, se puede ver que Ana es responsable del entregable A, y tiene 2 actividades pendientes de hacer, mientras que una está en estado de verificación. Por otra parte, Pedro tiene todas sus actividades completadas, mientras que Isaac tiene una en progreso. Ello da visibilidad a todo el equipo, y crea un ambiente colaborativo en el que se procure que todos completen el primer sprint.

Ahora bien, al finalizar cada Sprint, o cada paquete de actividades, se debe hacer una revisión de los entregables generados, con el fin de ejercer un tipo de control de calidad a lo largo de toda la ejecución del plan de trabajo.

Esta revisión debe pasar por criterios que el mismo equipo defina para cada entregable, y en conjunto con otras partes interesadas en los resultados. En el caso de los procesos de promoción de la salud, es trascendental contar con la opinión de los usuarios, por lo que se pueden construir los **criterios de aceptación** con base en información recopilada de previo, en la que se consulte a los participantes o usuarios, cuáles resultados quisieran ver al finalizar todo el proceso. Los criterios para aceptar **productos del trabajo en promoción de la salud**, previamente mencionados como entregables, pueden:

- ✓ Enfocarse en elementos percibidos por los usuarios
- ✓ Ser fácilmente medibles y verificables
- ✓ Cumplir con las expectativas de los participantes
- ✓ Estar al alcance del equipo de trabajo
- ✓ Incluir aspectos relacionados con los determinantes de la salud
- ✓ Reflejar eficiencia, eficacia y calidad

Los criterios de aceptación son importantes porque ponen un nivel de calidad específico para los entregables que se generarán, y ello finalmente impactará en el valor público que los usuarios obtienen de los procesos de promoción de la salud.

Con criterios de aceptación claramente definidos también es posible avanzar a la creación de indicadores que permitan medir elementos de trascendencia, y que verdaderamente reflejen el éxito o fracaso de los procesos, y no sean una historia falsa, pues los indicadores proveen información valiosa para la toma de decisiones y la mejora continua de los procesos, así como el crecimiento constante de los equipos de trabajo.

EJEMPLO

Se contempla que el entregable de un paquete de trabajo (sprint) en un proyecto X sea la realización de una colecta de artículos reciclables en la comunidad, en conjunto con empresas privadas interesadas, en la cual los habitantes puedan llevar materiales como cartón, plástico, vidrio y otros, para darles un nuevo valor y evitar desecharlos en la basura común. Los criterios de aceptación para ese entregable, es decir el evento de la colecta, pueden ser:

- ◆ Participan todas las empresas privadas contactadas y confirmadas
- ◆ El lugar es apto para la recolección de los materiales
- ◆ Existen entradas para personas con discapacidades físicas
- ◆ Hay una persona que conoce lenguaje de señas para ayudar a personas sordas
- ◆ Las entradas para los camiones son lo suficientemente amplias
- ◆ Se cuenta con las llaves del lugar para la apertura y cierre como fue planeado
- ◆ El tiempo de entrega de materiales es inferior a 5 minutos

Indicadores de monitoreo y evaluación

Los indicadores son una herramienta de gestión esencial para valorar el éxito de la promoción de la salud. Existen múltiples tipos, por lo que a continuación se presenta un camino específico para su diseño, así como sugerencias de indicadores para los procesos de promoción de la salud detallados en el segundo capítulo de esta matriz.

Ahora bien, el Área de Salud cuenta con la herramienta de **Plan Presupuesto**, el cual detalla cada indicador que debería ser alcanzado anualmente por los servicios. En ese sentido, esta matriz puede ser utilizada para diseñar, desarrollar, gestionar y evaluar todo tipo de iniciativas, proyectos y acciones de promoción de la salud, por lo que se considera que el trabajo que nazca desde aquí puede utilizarse para alimentar los siguientes indicadores:

A1-59 Número de proyectos que se ejecutan bianualmente en forma interdisciplinaria, centrados en los factores protectores de la salud de las personas, donde se evalúa semestralmente la aprehensión de conocimientos y prácticas saludables en alimentación saludable, actividad física, salud mental y salud oral

AD-12 Número de proyectos que se ejecutan bianualmente en forma interdisciplinaria, centrados en los factores protectores de la salud de las personas, donde se evalúa semestralmente la aprehensión de conocimientos y prácticas saludables en otros ejes temáticos, que no sean alimentación saludable, actividad física, salud mental y salud oral.

A1-65 Número de acciones de educación de salud desarrolladas a través de medios de comunicación alternativos, por parte de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud, sobre los siguientes ejes temáticos: actividad física, alimentación saludable, hábitos de higiene, salud bucodental y habilidades para la vida

A1-57 Número de personas que participan en actividades de educación y capacitación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad

A1-63 Número de personas que participan en actividades de Educación y Capacitación en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

AD-10 Número de actividades de educación a la población adscrita al Área

AD-11 Número de actividades de capacitación realizadas a funcionarios

A1-56 Número de personas que participan en actividades de vigilancia nutricional con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

A1-25 Número de adolescentes que participan en modalidad grupal

A1-51 Número de sesiones de organización y movilización comunitaria de trabajo social

CE1-2 Número de sesiones de educación social en salud de Trabajo Social

Por otro lado, los equipos de trabajo pueden diseñar sus propios indicadores con base en el tipo de abordaje que quieren realizar, con el fin de asegurar un seguimiento correcto a las acciones y a los recursos que se están invirtiendo.

Existe una gran variedad de indicadores. Con base en la cadena de resultados expuesta antes, los indicadores se pueden utilizar para medir el **impacto**, es decir si están solucionando los problemas de fondo, el **efecto** para valorar cambios a corto o mediano plazo, el **producto** que refiere a las características de los entregables, las **actividades y procesos** para monitorear elementos de eficiencia, o los **insumos**, para evaluar la cantidad necesaria.

A la hora de construir los indicadores, es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

- ◆ Asunto a observar: ¿qué se desea medir?
- ◆ Forma de medir: ¿cómo se va a medir?
- ◆ Población: ¿quiénes son los involucrados?
- ◆ Tiempo: ¿cuándo se va a medir?







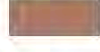

Por ejemplo:

- ◆ Asunto a observar: Asistencia a sesiones educativas del proyecto de habilidades sociales
- ◆ Forma de medir: Porcentaje
- ◆ Población: adolescentes de 15 a 17 años atendidos en el servicio de psicología del Área de Salud
- ◆ Tiempo: durante el segundo semestre del 2024

El indicador sería:

Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años atendidos en el servicio de psicología del Área de Salud, que asisten a las sesiones educativas del proyecto de habilidades sociales durante el segundo semestre del 2024.

Tomando en cuenta la propuesta mencionada en el segundo capítulo, en relación con el tipo de mediciones realizadas en el Área de Salud, se sugieren los siguientes **indicadores para los procesos de promoción de la salud**:

-  ● Porcentaje de procesos de promoción de la salud planificados durante el año con base en los determinantes de la salud identificados como prioritarios para el Área de Salud.
-  ● Nivel de satisfacción de los actores involucrados en la red local de promoción de la salud, sobre los resultados alcanzados por este espacio durante el año.
-  ● Porcentaje de cumplimiento del trabajo pactado para el año, como parte de la estrategia local de promoción de la salud.
-  ● Nivel de satisfacción de los participantes con respecto a las sesiones socio-educativas de educación para la salud realizadas en el año.
-  ● Porcentaje de cumplimiento del trabajo pactado para el año, como parte del proyecto de promoción de la salud vigente.
-  ● Nivel de satisfacción de la población usuaria del proyecto de salud comunitaria, con respecto a las actividades en las cuales fueron parte durante el año.
-  ● Nivel de satisfacción de los integrantes del grupo gestor del proyecto de salud comunitaria, con respecto a las actividades en las cuales fueron parte durante el año.
-  ● Porcentaje de variación en el análisis de valor agregado y el nivel del aporte del servicio a la promoción de la salud, con base en el resultado previo y posterior al proceso de reorientación.

Un elemento importante en relación con esto son los **medios de verificación**. El indicador debe utilizar una fuente de información para generar lo que se le está consultado. Los medios de verificación se pueden especificar durante la estructuración del plan de trabajo, y se pueden seleccionar una o dos formas de evaluación por cada actividad.

Estos medios pueden ser bases de datos, estadísticas, encuestas, entrevistas, listas de verificación, hojas de sistematización, diagnósticos al inicio y finalización del proceso, instrumentos de valoración de conocimientos, reuniones de discusión, consultas por medios digitales y otros. Idealmente, la información deberá ser recolectada durante la ejecución de las actividades y contar con la participación de los usuarios, quienes tienen la potestad de opinar sobre el valor recibido.

Un medio de verificación útil para medir el **nivel de satisfacción** es el cuestionario. Este se puede construir con base en la actividad que se desee evaluar, y se puede aplicar a las personas participantes cuando finalice. Por ejemplo, esta tabla muestra una serie enunciados dirigidos a evaluar el nivel de satisfacción de los participantes sobre un taller de habilidades sociales:

Enunciado	Opinión			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
El espacio cumplió con las expectativas que tenía al inicio				
Los temas se abordaron con el nivel de profundidad que esperaba				
Los temas abordados son relevantes para mi vida diaria				
El espacio fue aburrido y poco interesante				
Las personas facilitadoras mostraron dominio de los temas tratados				
El espacio tuvo una duración óptima: ni muy largo ni muy corto				
Aprendí cosas que no sabía antes				
Me gustaría aprender más sobre este tema en otros espacios				

Importante:

- Redactar todos los enunciados en positivo. Ejp: "El tema es relevante" y no "El tema no es relevante"
- Colocar enunciados de comprobación, como "el espacio fue aburrido", pues se espera que la respuesta sea "muy en desacuerdo", y se filtran personas que solo marquen casillas al azar.
- No colocar una opción media de "ni de acuerdo ni en desacuerdo", pues muchos tienden a marcar esta opción y no aporta ningún dato importante.
- Para obtener un resultado cuantitativo, se puede asignar una puntuación por enunciado. Por ejemplo, el enunciado 1 suma 4 puntos si el participante marcó "muy de acuerdo", 3 si marcó "de acuerdo", y así se suman todos los puntos de todos los cuestionarios dados.

Sesiones de retrospectiva

El último componente evaluativo son sesiones de retrospectiva, utilizadas en gran medida en la metodología ágil para generar una cultura de mejora continua y asegurar la mayor calidad posible en cada sprint y entregable dentro del plan de trabajo (Móndelo y Sánchez, 2020).

Estas reuniones de equipo se pueden utilizar tanto al finalizar cada entregable, como al concluir la totalidad del plan de trabajo, y versan principalmente sobre tres ejes: problemas y obstáculos, mejoras al proceso, y mejores prácticas (Móndelo y Sánchez, 2020).

Al momento de recopilar **problemas y obstáculos**, el equipo valora específicamente las prácticas que deben abandonar. El objetivo no es señalar lo que incomoda de algún compañero solamente, sino aquello que como conjunto se ve como obstáculo. Por ejemplo, si todos dejan actividades que consumen mucho tiempo de último, es una práctica que como grupo deben dejar de hacer, pues pone en riesgo la entrega eficiente y eficaz de los productos.

Una vez que se encuentran todos los hábitos negativos, se avanza al reconocimiento de **mejoras al proceso** llevado. Aquí las oraciones se transforman a positivo, y se generan ideas sobre lo que el equipo debe comenzar a hacer en la próxima ronda de trabajo, sea el próximo sprint o el próximo plan de trabajo. Es importante innovar las formas en que trabaja el equipo constantemente, aprender de nuevos métodos y herramientas que incrementen la eficacia y la calidad de los entregables. Por eso, en este espacio no se buscan detractores o fortalezas, sino qué más se puede hacer que aporte al equipo que no se está haciendo hoy, y pueda ser puesto a prueba próximamente.

Finalmente, las **mejores prácticas** recopilan aquello que el equipo reconoce como su fuerte y debe mantenerlo. Idealmente, se señala al menos una fortaleza, aporte o práctica que haya resultado beneficiosa para el proceso de cada persona que integra el equipo. Estos elementos deben ser vistos por todos y replicados en cada experiencia, pues permitirá asegurar el éxito en el alcance de las metas.

Estas sesiones pueden utilizar una técnica llamada lluvia de ideas, en la cual se colocan palabras o frases cortas en papeles de colores y se pegan en una pared o pizarra. Se pueden repasar, clasificar en grandes áreas como manejo del tiempo, comunicación, interacción con los usuarios, creatividad y otros, y opinar entre todos para llegar a un consenso. Cuando se tengan todos los elementos, es importante sistematizarlos en conjunto con el reporte final que se genere del plan de trabajo, para consultas futuras.

REFERENCIAS

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). Gestión de proyectos de desarrollo: guía de aprendizaje.
- Beltrán, J., Carmona, M., Carrasco, R., Rivas, M., y Tejedor, F. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología.
- Bravo, J. (2008). *Gestión de procesos*. Editorial Evolución S.A.
- Departamento de Salud del País Vasco. (2018). Salud comunitaria. <https://www.euskadi.eus/informacion/salud-comunitaria/web01-a2osabiz/es/>
- Ministerio de Planificación y Política Económica. (2016). Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la Gestión para Resultados en el Desarrollo en Costa Rica. https://www.hacienda.go.cr/docs/5b61d2fe3e3ba_Marco%20conceptual%20y%20estrategico%20para%20el%20fortalecimiento%20de%20la%20GpRD%20en%20Costa%20Rica.pdf
- Mondelo, E., y Sánchez, R. (2020). *Guía práctica de PM4R Agile*. Banco Interamericano de Desarrollo e Instituto Latinoamericano para el Desarrollo Económico y Social.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Documento conceptual: intersectorialidad. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI: marco conceptual y descripción. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Ginebra: Suiza.
- Solar, O., e Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Thompson, A., Peteraf, M., Gamble, J., y Strickland, A.J. (2012). *Administración estratégica: teoría y casos*. McGraw-Hill Companies Inc.

Reservados todos los derechos de propiedad intelectual.
Queda prohibida la reproducción parcial o total del contenido
de esta obra por cualquier medio existente, sean estos electrónicos
o físicos, sin la autorización previa o escrita del autor.

MATRIZ

DE INNOVACIÓN EN
SERVICIOS DE SALUD

PROMOCIÓN DE LA SALUD

DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

JONATHAN ARCE LÓPEZ

2023

