

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL**

La gestión de los EBAlS: dimensión que unifica las acciones para la Atención Integral de la Salud en el Área de Salud Goicoechea II.

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

Postulante:

XINIA LOPEZ GUTIERREZ.

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

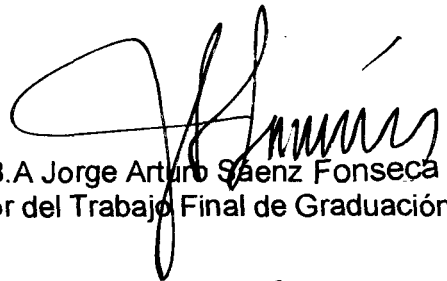
TRIBUNAL EXAMINADOR

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

MIEMBROS DE LA COMISIÓN EXAMINADORA

Ivette Campos M.

M.Sc. Ivette Campos Moreira
Directora del Programa



M.B.A Jorge Arturo Sáenz Fonseca
Director del Trabajo Final de Graduación

Nidia Esther Morera Guillén

M.Sc. Nidia Morera Guillén
Lectora



M.Sc. Carmen Maria Romero
Lectora

Xinia López Gutiérrez

Xinia López Gutiérrez.
Sustentante

DEDICATORIA

A mi hijo Luis Armando, por su acompañamiento y participar de la tarea con su mama ambos como estudiantes cada uno en su espacio, a mis hijas Natalia Sofía y Diana Catalina, por su paciencia y comprensión y apoyar a su mama en la computadora. Que esto sea un ejemplo de solidaridad y esfuerzo y que los inspire a convertir sus deseos en realidad.

AGRADECIMIENTO

Primero y ante todo, a Dios por darme la salud, la fortaleza, el empeño para terminar tan ardua tarea.

A los compañeros (as) de los Equipos Básicos de Atención Integral, Equipo de Apoyo protagonistas de este esfuerzo, por su contribución, colaboración y solidaridad.

A las compañeras Guiselle, Marta, Lilliana, Marlene, Yamileth por su apoyo, fortaleza y alegría para concluir este sueño.

INDICE

	PÁGINA
PRESENTACIÓN	8
CAPITULO I	
JUSTIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA PRÁCTICA	10
CAPITULO II	
MARCO METODOLÓGICO DE LA RESIDENCIA PRÁCTICA	18
2.1 Premisas de la residencia practica	18
2.2 Problema de intervención gerencial	23
2.3 Objetivos	26
2.4 Estrategia metodologica	27
CAPITULO III	
MARCO CONCEPTUAL:	44
3.1 Gerencia social	44
3.2 Teoría de sistemas	47
3.3 Gestión de servicios de salud	48
3.4 Organizaciones productoras de servicios sociales	49
3.4.1 Definición del macro ambiente y sus categorías de análisis.....	51
3.4.2 Definición del ambiente intermedio y sus categorías de análisis	51
3.4.3 Definición del micro ambiente y sus categorías de análisis	51
3.4.3.1 Estructura organizativa	55
3.4.3.2 Personas Miembros de la organización	55
3.4.3.3 Tecnología Organizacional	56
3.4.3.4 Gestión	59
CAPITULO IV	
CARACTERIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL ÁREA DE SALUD GOICOECHEA II	61
4.1 Características del ambiente intermedio en que actúa e Área de Salud Goicoechea II	62
4.1.1 Plano político-jurídico de acción del Área de Salud Goicoechea II.....	62

	PÁGINA
4.1.2 Vías de acceso de la población meta a los servicios de salud del Área de Salud	67
4.1.3 Sujetos de los servicios del Área de Salud	72
4.2 Ambiente Interno del área	83
4.2.1 Misión del área de salud	84
4.2.2 Estructura Organizativa del área	87
4.2.3 La Gestión del Área de Salud	90
4.2.4 La Gestión de los EBAIS proceso fundamental en la toma de decisiones para la Atención Integral en Salud.....	96
4.2.5 FODA.....	105
CAPITULO V	
PROPUESTA GERENCIAL: FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LOS EBAIS DEL AREA DE SALUD	110
5.1 Principios orientadores de la propuesta	114
5.2 Momentos metodológicos	116
5.3 Postulados teóricos	119
5.4 Contenido de las sesiones grupales.....	127
5.5 Población participante.....	130
5.6 Estrategia de negociación de la propuesta.	133
CAPITULO VI	
ANALISIS CRÍTICO DE LA EXPERIENCIA GERENCIAL	137
BIBLIOGRAFÍA	143
ANEXOS.....	148
Anexo Nº 1: Guía de Observación	149
Anexo Nº 2: Guía de entrevista para el Equipo de Apoyo	150
Anexo Nº 3: Guía de entrevista a miembros de la Junta de Salud.....	151
Anexo Nº 4: Guía de entrevista a los EBAIS	152
Anexo Nº 5: Guía de temas del grupo de discusión.....	154
Anexo Nº 6: Organigrama Área de Salud Goicoechea II.....	156
Anexo Nº 7: Cronograma Actividades Según Tiempo y Responsables Taller Construcción Gestión de los EBAIS Área Salud Goicoechea II	157

INDICE CUADROS

	PÁGINA
Cuadro N° 1 Caracterización del Componente Gerencial y el Proceso de gestión de los EBASIS. Categorías de análisis según subsistemas. Área de Salud de Goicoechea II.2004	29
Cuadro N° 2 Fuentes información consultadas durante la residencia practica 2004	37
Cuadro N° 3 Registro de condición de aseguramiento en términos porcentuales del Área de Salud Goicoechea II. 2003.....	71
Cuadro N° 4 División por sedes de EBASIS. Área de Salud Goicoechea II. 2004.....	74
Cuadro N° 5 Sectores de EBASIS, según extensión territorial. Área de Salud Goicoechea II. 2001.....	75
Cuadro N° 6 Distribución de la población según grupo etáreo por sexo y edad. Área de salud Goicoechea II. 2003.....	76
Cuadro n 7 Características del proceso de trabajo de los EBASIS. Área de Salud de Goicoechea II. 2004.....	91
Cuadro N° 8 Fortalezas, Debilidades y Sugerencias de mejora en la gestión de los EBASIS del Área de Salud Goicoechea II. Marzo – Abril 2004.....	93
Cuadro N° 9 Indicadores de Organización y Prestación del Compromiso de Gestión 2004. Área de Salud de Goicoechea II.....	100
Cuadro N° 10 Percepciones de los EBASIS y del Equipo de Apoyo acerca de las funciones de un Equipo de apoyo. Área de Salud Goicoechea II.....	104
Cuadro N° 11 Percepción de los EBASIS y del Equipo de Apoyo, acerca de lo que es un Equipo de Apoyo. Área de Salud de Goicoechea II	105

INDICE ESQUEMAS

	PÁGINA
Esquema N° 1	
Modelo de Gestión Institucional	40
Esquema N° 2	
Dimensiones del sistema organizacional.....	50

SIGLAS

ASIS: Análisis de Situación Integral en Salud.

ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria.

C.C.S.S: Caja Costarricense de Seguro Social.

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud.

IRAS: Infecciones respiratorias

AIS: Atención Integral en Salud.

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico Institucional de Seguridad Social.

PRESENTACIÓN

Este documento contiene el informe de los resultados de la Residencia Práctica de la Maestría en Trabajo Social, del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de Costa Rica con énfasis en Gerencia Social.

La residencia constituye un proceso académico y de servicio, donde interesa la puesta en práctica por parte de la estudiante de destrezas, habilidades y conocimientos sobre Gerencia Social, para promover el cambio en la gestión y producir servicios acordes a las necesidades de la población.

Los y las estudiantes ejecutan y sistematizan un proyecto de intervención gerencial en un espacio grupal, organizacional, institucional o comunal, el mismo es supervisado como experiencia académica y se constituye en requisito final para obtener el título de Master.

Esta residencia práctica cuyos resultados se dan a conocer se enmarca en el ámbito de la innovación organizacional en servicios de salud, se procedió a caracterizar el componente gerencial del Área de Salud de Goicoechea II, con énfasis en el proceso de gestión de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud; entes operativos en el vínculo con las personas sujetas de los servicios en salud.

La gerencia social tiene como objeto el estudio y análisis de los sistemas de producción, distribución y evaluación de los servicios sociales dirigidos a poblaciones meta. Además define, reorienta y fortalece procesos en busca de mayor eficacia en el uso de los recursos públicos, en el desarrollo y aprovechamiento de las potencialidades de las poblaciones meta, para construir y poner en práctica respuestas sociales desde una perspectiva humanista del desarrollo social con equidad.

El informe contempla el desarrollo de la residencia práctica, la cual se realizó con la participación de algunos miembros de los EBAIS del Área de salud Goicoechea II y el Equipo de Apoyo. Se presenta la justificación de la intervención gerencial, el marco metodológico con las premisas ontológicas, epistemológicas y metodológicas de la práctica académica, el marco conceptual y los resultados de la experiencia práctica en cuanto a la caracterización del Componente Gerencial del Área de Salud y, la propuesta para fortalecer la gestión de los EBAIS en el Área de Salud, el análisis crítico de la experiencia gerencial.

CAPITULO I

JUSTIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA PRÁCTICA

Trabajo Social como profesión, desde su génesis ha participado en la producción de servicios sociales y por tanto en la Política Social, en relación con la atención de las necesidades y problemas sociales que afectan a personas, familias, grupos y comunidades, desde espacios públicos y privados.

También mantiene un contacto estrecho con poblaciones meta, tiene un acervo de información y destrezas para acercarse a los problemas sociales y planear intervenciones estratégicas para la búsqueda de respuestas consensuadas.

Ante esto, el profesional de trabajo social hace uso y se apropia de enfoques epistemológicos, ontológicos, metodológicos que le permitan comprender e intervenir en contextos problemáticos por ende complejos, que afectan a poblaciones meta desde diferentes espacios laborales organizados.

Este conocimiento de contextos complejos, reales, permite al profesional, dirigir su accionar dentro de organizaciones sociales que producen servicios sociales como salud, para construir de manera creativa formas alternativas de cómo intervenir y gestionar esos servicios.

Para Trabajo Social la Gerencia Social se convierte en una herramienta para proponer modelos alternativos de gestión que mejoren los procesos de conducción de las organizaciones productoras de servicios sociales.

El o la gerente social debe desarrollar habilidades y destrezas que le permitan comprender, moverse, actuar y enfrentar entornos turbulentos, complejos e inciertos. Ante esto son importantes las relaciones con las personas meta sujetas de los servicios y establecer sistemas de información

que apoyen los procesos de decisión de su dominio organizacional. Así podrá decidir en forma acertada ante cuáles problemas intervenir, con qué tipo de tecnologías, y con qué propósitos según las oportunidades del contexto y de las fortalezas internas de la organización.

Así Trabajo Social, como profesión se ha desarrollado e intervenido en la producción social de los servicios de salud. Estos responden a cambios sociales, económicos del contexto en el cual surgen las necesidades, demandas y carencias que enfrentan los usuarios de los servicios que se decide atender. Estas respuestas sociales en salud requieren un manejo técnico de acuerdo con los nuevos y complejos problemas que presenta la sociedad cuya atención requiere de servicios de orden asistencial, socioeducativos promocionales-organizativos y terapéuticos.

Estos servicios sociales en salud realizados por organizaciones públicas o privadas son muy complejos, existen y se desarrollan a partir de relaciones entre las instancias prestadoras de servicios y las personas sujetas de la acción profesional; están influidas por una serie de factores biológicos, económicos, psicológicos, sociales y ambientales que reorientan las acciones para la intervención.

En nuestro país la institución gubernamental encargada oficialmente de participar en la producción de servicios de salud, es la Caja Costarricense de Seguro Social, proceso que se ejecuta a través del modelo readecuado de los servicios de atención en salud. Este tiene como eje central la atención integral que pretende garantizar a la población, bajo el concepto de universalidad y la solidaridad, el derecho a la atención básica, para protegerlo del riesgo de enfermar.

En este nuevo modelo de atención, el ser humano es clave, hay necesidad de crear conciencia en el individuo, la familia, la comunidad, sobre su cuota de responsabilidad en relación a la construcción social de la salud, manteniendo el compromiso la institución de canalizar los recursos necesarios.

La atención en salud en el primer nivel de atención esta encomendada específicamente a las áreas de salud, espacio organizacional operativo que conecta a las poblaciones con otros niveles de mayor complejidad dentro de la red de servicios según sus necesidades de salud. Estos servicios de atención denominados de primer nivel se concretan por medio de una oferta básica para cada uno de los grupos etáreos: niños (as), adolescentes, mujer, adulto(a) "hombre-mujer" y adulto (a) mayor, y esta compuesta por cuatro ejes prioritarios: crecimiento y desarrollo, la salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludables y morbilidad.

El énfasis del desarrollo de este modelo de atención integral esta basado en una atención primaria, que prioriza acciones de promoción y prevención de la salud. Pretende a su vez la mejora en los procesos de gestión de las unidades con una descentralización y/o desconcentración que permita mayor autonomía y la capacidad de gestión a los centros productores de salud. Lo anterior a través de los planes de acción y de financiamiento, sujetos a los compromisos de gestión, instrumento de respaldo jurídico-normativo para lograr incentivos a la producción.

Con la firma de los compromisos de gestión, se pretende un control sobre las unidades, a través de la rendición de cuentas y demostrar así una gestión más ágil, con mayor eficiencia y eficacia. Éstos se muestran como el proceso de cambio que influye en la gestión, en este caso, de las áreas de salud.

La aplicación de estos convenios entre partes, una representada por el nivel central (comprador) y el otro el proveedor (áreas de salud), viene a ser un reto para los entes productores de salud. Esta modalidad innovadora de la administración de la salud se espera impacte en la productividad, para aumentar coberturas, los índices de salud, mejorar el uso de recursos, con esto se pretende de una forma diferente gestionar procesos de producción de salud.

El fortalecimiento del componente gerencial del nivel operativo en las Áreas de Salud, como uno de sus subsistemas debe impulsar la comprensión integral del modelo de atención en la prestación de los servicios de salud; de manera que esté en capacidad del control y de la evaluación de la calidad de los servicios. Además de definir, reorientar los procesos que buscan la efectividad para atender y/o prevenir problemas de salud, al existir equipos de salud responsables de detallar las condiciones y los requerimientos de atención, desde una perspectiva humanista del desarrollo social.

Este proceso de gestión en un Área de Salud, es relevante en tanto está conformada por seres humanos, puede transformarse, tiene conexión e interacción permanente con su entorno y se debe constituir en una estructura flexible, innovadora, participativa y democrática. Invertir en el talento humano, representa una solución inteligente para modificar y desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para brindar atención integral en salud a la población.

La atención integral en salud se hace operativa en el primer nivel, por medio de una oferta de servicios básicos que se brindan a través de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), y por tanto como estos gestionen los servicios de salud a la población dependerá su calidad, efectividad, eficiencia para cumplir con las demandas de la población en materia de servicios de salud, gestión que

es acompañada con la asesoría y capacitación del Equipo de Apoyo y la Dirección del área de Salud.

Esta labor de los EBAIS en la ejecución operativa en pro de las políticas de salud mediante el cumplimiento del Compromiso de Gestión, es el proceso en el cual la gestión se convierte en acciones de toma de decisiones para la producción y distribución de los servicios de atención integral hacia la población adscrita al Área.

En este sentido interesa analizar el proceso de gestión de los EBAIS, específicamente en cuanto a la producción de servicios de salud, para ello la residencia práctica propone crear la oportunidad de realizar una intervención gerencial y fortalecer el proceso de gestión en la construcción social de la salud en el Área de Salud de Goicoechea II.

Fortalecer los procesos de gestión local en el Área de Salud, aumentando la capacidad gerencial de los EBAIS es relevante para mejorar la calidad de los servicios de atención. Además identifica áreas débiles de esta gestión, de los equipos en sus procesos de trabajo, lo que proporciona una realimentación efectiva con oportunidad y da posibilidad de implementar planes correctivos para mejorar la planeación y la evaluación.

Para la atención integral en salud, fortalecer el proceso de gestión local en el Área de Salud de Goicoechea es significativo porque la concepción de la salud parte de un proceso de construcción social, que toma en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial de los diferentes grupos sociales.

Además en materia de gestión, el objetivo de la propuesta de la reforma en salud es reemplazar la modalidad anterior de asignación histórica de los recursos por un nuevo modelo de financiamiento institucional que será la columna vertebral para el reordenamiento general del sistema de salud.

En el país existen diferentes investigaciones desde instancias académicas de nivel superior y de la misma institución CCSS, ejemplo de esto es que lo investigado por Chaverri y Sánchez (1998), Rivera (1997), Peña y Montero (1997) y Parini (1996), da cuenta de experiencias alcanzadas en diferentes partes del país mediante el proceso operativo del Modelo Readecuado de Salud en diferentes EBAIS, solo una retoma toda un área de salud, este es el caso de Liberia. Estos autores parten de cómo ha sido la interiorización del modelo, su conceptualización, su operatividad, respecto a si ha habido cambios en cómo se aborda la atención integral en salud, la participación social, la calidad de servicios, la satisfacción del usuario, el trabajo en equipo, la realización o no de los ASÍS. En general cómo ha sido la gestión de esos EBAIS. También los obstáculos administrativos, para la planeación y su control, los cuales se presentan a continuación:

- En el funcionamiento de los EBAIS, no logran reconocerse como su nombre lo indica “equipos”. El concepto de trabajo en equipo no ha sido introyectado por los funcionarios de las áreas de salud, debido a la influencia del modelo tradicional biologista que todavía subyace en los procesos de trabajo, el cual privilegia el trabajo disciplinar.
- El trabajo por disciplina, mantiene su supremacía sobre el esfuerzo grupal y/o en equipo. Lo que no logra que los EBAIS miren su misión, objetivos y otros aspectos para su trabajo integrado.
- Los EBAIS no cuentan con la participación sistemática de todos sus miembros, lo que afecta el trabajo y la atención integral.
- Su quehacer está influido por una práctica empírica. Ha habido intentos para incorporar los conceptos de participación social, de atención integral, de elaboración de ASIS y aproximarse al trabajo en equipo, sin embargo sus esfuerzos han quedado reducidos por ejemplo; con relación a la

participación social, a una participación comunitaria con representación de algunos actores sociales.

- Falta comprensión y apropiación por parte de los funcionarios de los Ebais, y de la gerencia estratégica y gerencial de servicios de lo que implica el trabajo en equipo de salud.
- Faltan instrumentos estratégicos y de apoyo para promover el trabajo en equipo, para generar un mayor compromiso laboral.
- Faltan espacios de análisis y reflexión para identificar y resolver como equipo de trabajo, problemas asociados a la prestación de los servicios de salud y los procesos de trabajo.
- No existen procesos definidos de trabajo y de conducción asignado a los EBASIS, se necesita clarificar la política de salud, para los niveles locales, como operacionalizarla a través de incorporar procesos de planificación estratégica, análisis de procesos de sistemas de información que alimenten la toma de decisiones más oportuna, para una gestión más eficiente.
- Los compromisos de gestión desde sus postulados teóricos, no han logrado impactar en los cambios que se esperaban, esto por cuanto no se dieron las herramientas necesarias para su administración y por ende su gestión.
- Las dualidades de mando en lo técnico y administrativo no permite que se generen compromisos en los Ebais y haya distorsión en la comunicación ante diferentes mandatos y direcciones según interpretaciones de cada jefatura.
- La estructura organizativa y administrativa no ha cambiado, se funciona todavía con la del modelo biomédico, sumamente piramidal, con jefaturas de servicios, lo que impide el trabajo en equipo y la fluidez en los procesos de trabajo, hay celo en cada jefatura de mantener su poder dado desde el puesto.

Este trabajo logra demostrar los vacíos señalados en las diferentes investigaciones realizadas sobre como ha sido hasta el momento las experiencias de la gestión de los EBASIS y en general de los procesos gerenciales en una área de salud, dentro del cambio institucional del modelo de atención a la población. Apuntan debilidades y situaciones críticas de la gestión que se deben resolver y que de alguna manera reflejan la necesidad local de conocer, analizar y fortalecer este proceso para procurar el cumplimiento de los indicadores de salud con criterios de calidad señalados en el Plan Nacional de Salud, de manera que éstos guarden coherencia con los compromisos de gestión y con las necesidades de la población.

Este panorama general permite ubicar la situación del modelo para entonces caer en la experiencia específica del Área de Salud donde se realizó esta residencia práctica y que se justifica su relevancia como un aporte de conocimiento.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO DE LA RESIDENCIA PRÁCTICA

En este apartado se hace mención a las pautas que guiaron el acercamiento a la realidad que se investigo e intervino a través de una serie de procedimientos definidos para lograr los objetivos propuestos para su cumplimiento. Se presentan las premisas ontologico-epistemológicas y metodologicas que sustentan esta propuesta gerencial, así como el problema de intervención gerencial, los objetivos académicos y de servicio.

Se incluye la estrategia metodologica de la propuesta gerencial, con sus fases, técnicas y sus procedimientos de acercamiento al objeto de la intervención y para finalizar se hace una descripción del proceso de construcción de cómo se gestiono con los diferentes actores definidos la propuesta de fortalecimiento de la gestión de los EBAIS.

2.1. Premisas de la Residencia Práctica: oncológicas, epistemológicas y metodologías.

Las premisas que dan fundamento a esta residencia practica, tanto ontológicas como epistemológicas y metodologías vienen a dar coherencia y de este modo reflejan el pensamiento y la posición de la sujeta-actora de esta residencia practica, considerando que la primera la ontología es la postura del investigador acerca de la naturaleza del objeto de estudio en este caso de intervención y la epistemología contiene la relación entre el sujeto cognoscente y el como conoce o se acerca a esa realidad de su objeto de estudio. Estas se presentan a continuación:

2.1.1 Ontológicas

La ontología permite definir la concepción que tiene el ser de la realidad, lo que es crucial para un (a) gerente social, donde el objeto de estudio se trata de seres humanos (as) y su praxis, lo que hace mas complejo su estudio y coloca al sujeto cognoscente en este caso el o la gerente social mas susceptible de su propia subjetividad.

Para el caso de esta Residencia Práctica, el contexto a conocer e intervenir se concibe como complejo, dinámico, integrado por una serie de fenómenos que se interrelacionan, por tanto requiere de un abordaje integral e interdisciplinario.

El área de salud como espacio organizacional productor de servicios sociales de salud es un sistema de naturaleza conceptual, es una construcción simbólica que corresponde a una realidad susceptible de modificar en su misión, estructura y vínculo con la población meta.

Es un sistema real que puede ser percibido por la observación, es abierto y con capacidad de reaccionar ante los cambios que ocurren en el contexto. La propuesta da esa posibilidad de actuar sobre ese ambiente y modificarlo según las necesidades e intereses de la población.

En ese sentido, este espacio organizacional produce conocimiento, desde su propia cotidianeidad donde las experiencias y sus aportes concretos posicionan y consolidan un tipo de gestión social, dentro de marcos de pensar, decidir y actuar coherentes.

La gestión se orienta hacia la toma de decisiones para dar servicios de salud integral con calidad e identifica áreas prioritarias con debilidades para su intervención mediata o inmediata, además facilita a los funcionarios del nivel operativo la dirección y el soporte para ejecutar las directrices de la atención integral en sus actividades cotidianas.

Los servicios de atención integral en salud a las personas y el uso eficiente de los recursos para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población adscrita al Área, forman parte del dominio organizacional del Área de Salud.

La atención integral en salud es el elemento medular del Modelo Readechado de Atención en Salud, este tiene un enfoque biopsicosocial del proceso salud- enfermedad, con énfasis en la promoción y prevención donde los sujetos de intervención son los individuos, familias, grupos, la comunidad y su ambiente.

El marco teórico sobre el proceso de construcción de la realidad de los miembros de la organización hace que la gestión de las intervenciones en el espacio de la salud no sea neutra, expresa valores, intereses, concepciones teóricas y percepciones dependientes de factores biológicos, psicológicos, culturales y lingüísticos.

La propuesta de fortalecimiento de la gestión de los Ebais, se piensa como una estructura de relaciones, que le permite interaccionar con el contexto, establecer redes de apoyo para cumplir con los objetivos de la misma; está a su vez conformada por un grupo de personas heterogéneas con motivaciones, intereses, actitudes y comportamientos diferentes, que son vistos como talentos humanos, con habilidades diversas, coordinadas, interdependientes para funcionar eficientemente y cumplir metas.

2.1.2 Epistemológicas

La percepción del mundo de la sujeta investigadora de acuerdo a estas premisas ontológica y epistemológica es dialéctica- holística con una visión multi-dimensional del ser humano y su entorno, multifacético, transformadora que construye y reconstruye que es dinámica, interactiva entre sus sistemas desde lo macro y micro ambientales, con enfoque de derechos humanos.

En la propuesta alternativa de gestión para el área de salud, que sirva para fortalecer procesos de trabajo de los EBAIS y por ende a la atención integral de la salud, se concibe a la realidad desde la Teoría General de Sistemas como una jerarquía de totalidades organizadas y la imagen que el ser humano tiene de ella, esto da la base epistemológica y ontológica que define el accionar de un (a) gerente social.

El enfoque sistémico aporta a la Gerencia Social al conceptualizar a las organizaciones como sistemas abiertos, en permanente interrelación con el ambiente, modelo que facilita el estudio y la comprensión del funcionamiento organizacional.

Las Áreas de Salud pueden ser conceptualizadas como entes organizados y complejos. Esta concepción sistémica se comprende en las relaciones del área con la sociedad y con los sujetos de la acción profesional.

Las premisas epistemológicas determinan que el conocimiento es una relación entre el que conoce y lo conocido. Es la forma en que el sujeto percibe, entiende y razona la realidad. El conocimiento es una aproximación a la realidad y a la verdad, hay una relación entre el que conoce, no solo receptor o registrador de lo que percibe, sino que aporta información adicional a las interacciones.

Las personas miembros de los EBAIS se conciben como personas con conocimientos, habilidades, destrezas, creativas, innovadoras, comprometidas con el área de salud, que aportan a ésta, ya sean de una manera positiva o negativa.

Las políticas sociales en salud, los planes, programas y proyectos de atención integral son construcciones y pueden ser reconstruidos y transformados epistemológica, teórica y metodológicamente por los actores internos y externos.

Los servicios de salud se enmarcan dentro de las funciones productora, distributiva y de control social que el Estado cumple a través de la Administración Pública.

En la gestión de servicios de salud se requiere la identificación de las situaciones ante las cuales se debe intervenir, así como de las poblaciones meta que las viven y enfrentan.

Los servicios de atención integral en salud deben ser respuestas planificadas que se anticipen a los problemas y que construyan formas innovadoras de organización social. Deben ser gestionados para un uso eficiente y eficaz de recursos escasos y en la búsqueda de equidad, justicia social y calidad.

Las interacciones entre las poblaciones meta, los funcionarios del nivel operativo, y su ambiente son fundamentales en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de los servicios salud.

2.1.3. Premisas Metodológicas:

La perspectiva de la investigación cualitativa permite al investigador como sujeto cognoscente y en este caso de la residencia practica también actora conocer y actuar en el área de la producción y distribución de los servicios sociales; como lo es salud. Interesa entender la conducta humana a través de la reflexión y desde el propio marco de referencia en donde actúa, la organización (Área de Salud).

El enfoque cualitativo permite describir como interpretan los individuos sus actos y situaciones donde actúan. Esta descripción verbal, escrita, (con el uso de sus propias palabras o escritas), la conducta observable, las conductas de las personas sujetas de la investigación, el significado de las palabras y/o explicación para entender la naturaleza de la atención integral en salud. La metodología cualitativa así es un modo de encarar el mundo empírico.

Este enfoque de investigación interpretativa, subjetiva, con valores explícitos, posibilita el análisis de la gestión e intervención en el Área de Salud.

También la investigación cualitativa permite al sujeto-investigador en el área de salud, a las personas miembros y a los sujetos de la acción social con una perspectiva holística, ser considerados un todo.

El enfoque cualitativo es sensible a los efectos que el investigador produce en los sujetos de la investigación. El investigador no solo es activador y registrador de reacciones sino que se ubica dialécticamente en un diálogo con el objeto de investigación y su contexto social.

A su vez el investigador no está aislado sino unido al objeto dentro de un campo económico, social, actúa cambiando y evaluando informaciones busca el objeto y se acerca a él para encontrarlo hace uso de métodos abiertos en la investigación cualitativa.

2.2 *Problema de intervención gerencial*

¿Cómo fortalecer la gestión de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, como componentes operativos de la atención integral en el Área de Salud de Goicoechea II?

Los componentes del problema de intervención gerencial son:

Gestión:

Conceptuado como el proceso que busca el logro de objetivos de los servicios sociales, integrando elementos teóricos-metodológicos de las diversas formas de administración.

Mato y otros (2001) definen que la gestión tiene que ver con el manejo dinámico de la interacción que ocurre entre la organización y su entorno relevante, además de ser comprendida como el manejo del cambio hacia dentro y fuera de la organización.

Gestión en los Servicios de Atención en Salud:

La gestión en los servicios de atención en salud esta centrada en la toma de decisiones para la planificación, asignación presupuestaria, coordinación, supervisión y evaluación de la calidad en la atención brindada.

Los procesos gerenciales para la atención en salud se dirige a la satisfacción de las necesidades de la población adscrita, mediante un abordaje integral con una estructura flexible, una comunicación fluida y efectiva, de decisiones rápidas y oportunas. Implica el establecimiento de vínculos con los sujetos miembros del Área de Salud y con las poblaciones meta para el logro efectivo de las metas propuestas.

Para fortalecer la calidad de los servicios de atención en salud y el desarrollo de procesos de gestión en los diferentes niveles de atención, la CCSS tuvo que promover un proceso de descentralización, a través del traslado de autonomía en el manejo de recursos humanos, financieros de inversión y tecnológicos en las diferentes unidades organizacionales. Este modelo de asignación de recursos financieros y de prestación de servicios de salud, añade incentivos económicos a la producción y a la calidad de la atención, permitiendo que la institución avance hacia la rendición de cuentas y al mejoramiento de la gestión.

La gestión actual requiere de profesionales y funcionarios de salud actualizados en nuevos enfoques de gerencia, que haya participación de todos sus miembros, con responsabilidad y orientados al cumplimiento de los objetivos y metas de la organización.

La actividad gerencial es en si una actividad grupal, el área de salud como organización quita a sus miembros parte de su autonomía decisoria y la sustituye por procesos organizativos de toma de decisiones, explicitadas en los planes de acción, para cumplir con los compromisos de gestión.

Área de Salud: Se define como una unidad geográfica del sistema nacional de salud, sede de la dirección local de salud. Están a cargo de un(a) dirección de área apoyado por un Equipo Técnico y Administrativo, que tendrán bajo su responsabilidad toda la red local de servicios de atención a las personas.

Cada área se divide en sectores con un promedio de 800 a 950 hogares (4.000 habitantes) a cargo de un EBAIS. En ella se brindan servicios de salud del primer nivel de atención.

Cuentan con un Equipo de Apoyo quienes dependen jerárquicamente del Director (a) Médico(a) del Área, y está integrado por profesionales en Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Odontología, Registros de Estadísticas de Salud, Microbiología, Laboratorio. Tiene la finalidad de apoyar técnicamente la labor de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) e implementar acciones para la atención integral de la salud en los diferentes escenarios (familiar, comunal, educativo, laboral y servicios de salud); a partir de las demandas de los EBAIS, las prioridades locales y los recursos existentes para mantener y mejorar la salud de la población, esa atención se brinda bajo la supervisión, orientación y asesoría de este equipo.

EBAIS:

Están conformados por un(a) médico general, un(a) auxiliar de enfermería y un(a) asistente técnico de atención integral en salud. Las responsabilidades del equipo básico son el desarrollo de actividades de atención, promoción, prevención y rehabilitación de la salud se constituyen así, en la unidad operativa básica de las Áreas de Salud. Tienen a cargo un sector

específico de población, del cual son responsables en cuanto brindar el paquete básico de servicios según el compromiso de gestión.

Atención integral en los servicios de salud:

Para el abordaje de las necesidades y problemas de salud en sus diferentes manifestaciones, la población requiere de servicios de atención, con una concepción de la salud como un proceso de construcción social. De acuerdo a esto demanda tomar en consideración todos los actores sociales en un proceso de participación democrática, dirigido al desarrollo de las potencialidades y responsabilidades tanto individuales como colectivas. Requiere además tomar en cuenta los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad, en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial y otros de los diferentes grupos sociales. Contempla acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

También para la producción de los servicios de atención integral se necesita del trabajo interdisciplinario de los miembros de la organización en sus diferentes niveles de toma de decisiones, para una atención con calidad.

2.3 OBJETIVOS DE LA RESIDENCIA PRÁCTICA:

Objetivos académicos:

- Desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas de la gerencia social, mediante la elaboración de una caracterización del componente gerencial del Área de Salud de Goicoechea II, con énfasis en el proceso de gestión de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud.
- Elaborar una propuesta para fortalecer el proceso de gestión de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud del Área de Salud Goicoechea II.

- Recuperar la experiencia gerencial de elaboración de la caracterización del componente gerencial del Área de Salud Goicoechea II y de la propuesta de fortalecimiento de la gestión de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud en el Área de Salud Goicoechea II.

Objetivos de servicio

- Caracterizar la gestión del Área de Salud en la prestación de servicios de salud.
- Diseñar una propuesta de fortalecimiento de la gestión para los EBAIS del Área de Salud Goicoechea II.

2.4 Estrategia metodologica de la residencia

La residencia práctica se caracterizo por apoyarse en la investigación con una orientación metodologica que permitió ser descriptiva, reflexiva, interpretativa y critica.

Descriptiva: al estudiar los significados y las representaciones de los actores participantes en relación a los componentes de la gestión del Área de Salud Goicoechea II.

Reflexiva: al tratar de entender la gestión desde la perspectiva de las personas participantes, las relaciones que se establecen entre ellos y el ambiente, sus marcos de pensar, decidir y actuar con relación a su espacio organizacional.

Interpretativa y crítica: busco la comprensión de dichos procesos, mediante la comunicación e intersubjetividad entre los miembros de la organización y la sujeta actora. Esto a través de recrear, analizar y reconstruir la información en relación a la gestión del Área de Salud y el proceso de gestión de los EBAIS en el contexto de actuación de los sujetos(as)

participantes. También la interacción entre los(as) participantes y la investigadora implicó cambios y acciones en el contexto gerencial del Área de Salud.

En este caso la sujeta-actora investigadora no solo fue una activadora y registradora de reacciones sino que se ubicó dialécticamente en un diálogo con el objeto de investigación y su contexto social. Ambos como interlocutores, donde se consideró y valoró las respuestas del objeto de estudio. La investigadora no estuvo aislada sino unida al objeto dentro de un campo económico, social, psicológico, actuando, intercambiando y evaluando informaciones, busca el objeto y se acerca a él para interactuar.

Las fases de la residencia práctica fueron las siguientes:

FASE 1: CARACTERIZACIÓN DEL COMPONENTE GERENCIAL DEL ÁREA DE SALUD GOICOECHEA II Y DE LA GESTIÓN DE LOS EBASIS.

Etapas 1.1: Categorías a considerar y selección de población participantes

CUADRO NO. 1

Caracterización del componente gerencial y el proceso de gestión de los Ebais: Categorías de Análisis según sub.-sistemas Área de Salud Goicoechea II. 2004.

<i>Categorías su definición</i>	<i>Técnica de recolección de información</i>	<i>Fuentes de consulta</i>
<i>Ambiente General e Intermedio:</i>		
Política de Salud (Leyes, normativas) - Límites de actuación del área de salud: grupos que deleguen autoridad o dan apoyo social. - Vías de acceso de la población meta a los servicios de salud del área: medio directo o indirecto de acceso a los servicios de salud. - Sujetos de los servicios del área de salud: poblaciones meta de la organización - Relación usuarios organización - Calidad en la iniciación voluntaria-involuntaria	Investigación bibliográfica y documental	Plan nacional de salud: 1999-2004. Plan Corporativo CCSS 2000. Ley de Desconcentración de Hospitales y Áreas de Salud. Normas de atención Integral en Salud. ASIS del Área de Salud 2001-Plan Anual Operativo-2004. Compromiso de Gestión 2004. Observación participante Plan Operativo del Área de Salud-2004.
<i>Micro-ambiente: Subsistema Metas y Valores</i>		
Misión: Expresión de su razón de ser, su función para la sociedad	Investigación documental	PAO 2004
Objetivos de la organización	Investigación documental	PAO-2004

Categorías su definición	Técnica de recolección de información	Fuentes de consulta
Valores de la organización	Investigación documental	PAO-2004
Poblaciones Meta: beneficiarios de los servicios de salud del área, a quién(es) se dirige la acción	Investigación documental	PAO-2004
Origen: demanda o servicio a satisfacer	Investigación documental	PAO-2004.
Subsistema Estructural y Administrativo		
<p>La Misión y los objetivos del Área de Salud: es la expresión de la situación deseada, la razón de ser de la organización, son las funciones, normas y valores sociales que desempeña.</p> <p>Estructura Organizativa soporte de los servicios del Área de Salud conjunto de funciones y relaciones que determinan formalmente las misiones que cada unidad de la organización debe cumplir y sus modos de colaboración.</p> <p>Características de la estructura: complejidad, formalización, coordinación y especialización,</p> <p>Gestión del Área de Salud Goicoechea II: decisiones que toma el líder en relación con sus funciones.</p>	<p>Grupos de discusión</p> <p>Investigación documental y bibliográfica.</p>	<p>PAO 2004</p> <p>Organigrama del área de Salud.</p> <p>Grupos de discusión</p> <p>Entrevista a Equipo de Apoyo</p> <p>Observación participante</p> <p>Investigaciones académicas del área</p>

Categorías su definición	Técnica de recolección de información	Fuentes de consulta
<p>El poder es la capacidad de un grupo o individuo de influir o modificar cualquier aspecto o resultado de la organización.</p> <p>La autoridad es una forma de poder que implica toma de decisiones. Tipo de poder y distribución del poder: autocrático, descentralizado o distribuido</p> <p>La comunicación es un proceso de intercambio de información, la relación entre emisor y receptor se da en un momento dado.</p> <p>Canales de comunicación formal e informal.</p> <p>Problemas de comunicación.</p> <p>La Gestión de los EBAIS: es el proceso fundamental de toma de decisiones operativas en la producción de los servicios de salud del área de salud como organización frente a los beneficiarios y usuarios. En este proceso se ejerce el poder profesional a través de tecnologías de servicio.</p>		
Subsistema Psicosocial		
<p>Talentos Humanos: personas con fortalezas, valores, aptitudes,</p>	<p>Grupos de discusión</p>	<p>Registros de las crónicas de los grupos de discusión.</p>

<i>Categorías su definición</i>	<i>Técnica de recolección de información</i>	<i>Fuentes de consulta</i>
actitudes y expectativas de las personas miembros del Área de Salud.		

Fuente: *Elaboración propia 2004.*

En esta etapa se coordinó con el Director Médico del Área de Salud, la Coordinadora del Primer Nivel de Atención, los(as) miembros(as) del Equipo de Apoyo, con miembros(as) de EBAIS como principales actores(a) participantes, además de miembros de la Junta de Salud, para obtener información y sus opiniones para elaborar la caracterización del componente gerencial del Área de Salud y en específico de la gestión de los EBAIS para la producción de los servicios de atención integral y construir la propuesta de fortalecimiento. Este proceso se caracterizó por ser colaborativo entre y con los diferentes actores participantes.

Las personas participantes en la residencia práctica fueron cuatro miembros del Equipo de Apoyo, siete miembros de la Junta de Salud, Coordinadora de I nivel de atención y el Director Médico del Área de Salud, y

nueve miembros de tres EBAIS del área de salud, estos últimos actores fueron seleccionados por conveniencia con base en los siguientes criterios:

- EBAIS con más de dos años de laborar en el Área de Salud
- EBAIS con sus miembros completos y con dos años mínimo de laborar con el mismo sector de población
- EBAIS supervisados por el Equipo de Apoyo

La caracterización del componente gerencial del área de salud fue elaborado por la postulante a partir de fuentes bibliográficas y documentales como investigaciones, trabajos finales de graduación realizadas en el área de salud, el Análisis de situación de salud, y de la información obtenida a partir de los participantes en los grupos de discusión y las entrevistas a miembros del equipo de apoyo y Junta de Salud.

Se aplicaron varias técnicas e instrumentos, a saber:

Revisión Bibliográfica y Documental: Política de Salud, Leyes Conexas, Compromiso de Gestión 2004, Investigaciones sobre el área de salud, Trabajos finales de graduación, Evaluaciones del Ministerio de Salud periodo 1999-2003, Plan Operativo del Área de Salud 2004 y el ASIS 2001.

Observación Participante: durante el proceso de residencia práctica la observación fue parte de la interacción social entre la investigadora y los sujetos participantes. Durante esta se recogieron datos de modo sistemático y fueron explorados los fenómenos tal y como ellos emergen durante la observación de la vida cotidiana del Área de Salud, los significados, perspectivas y definiciones de la gente. (Guía de Observación. Ver Anexo N° 1).

Entrevista semi estructurada: cumplió con el objetivo de comprender la realidad de la gestión en el Área de Salud.

La investigadora participo a los miembros del Equipo de Apoyo que incluye a la coordinadora del Área de Salud y la postulante al llenado de una guía de entrevista con preguntas abiertas. (Ver anexo N° 2). Con los miembros de la junta de salud, se utilizo una guía de entrevista que se aplico en forma grupal durante una sesión, la información fue registrada por la estudiante (Ver anexo N° 3) miembros de los EBAIS se les aplico una guía de entrevista con preguntas abiertas el cual llenaron en forma individual, durante la primera sesión que se les reunió en forma grupal (Ver anexo N° 4).

Grupo de Discusión: se utilizo para obtener la información acerca de la gestión de los EBAIS, sus percepciones acerca de cómo operan para accionar los servicios de atención integral en salud dirigidos a la población, las debilidades y fortalezas de su gestión, además de dar sus propuestas para fortalecer y mejorar su trabajo.

Se utilizaron para la discusión grupal, para cada uno de los temas tratados en cada sesión, las respuestas dadas individualmente para lograr consenso entre los participantes. (Ver anexo N° 5).

Se llevaron por medios escritos las crónicas de lo sucedido en las sesiones con los EBAIS.

La investigadora hizo una síntesis final con los resultados de las sesiones, y se sometió a validación de los participantes para incluir las modificaciones pertinentes sugeridas por los participantes; con el objetivo de no haber omitido datos y su resultado se concreto en un documento final.

Según Manuel Canales y Anselmo Peinado citados por Delgado Juan y Gutiérrez Juan (1995), el grupo de discusión es una técnica de investigación social que trabaja con el habla, en ella, lo que se dice –lo que alguien dice en determinadas condiciones de enunciación-, se asume como punto crítico en el que lo social se reproduce y cambia, como el objeto. En toda habla social se

articula el orden social y la subjetividad. Hay una forma –grupo y una forma – discusión o conversación.

Tiene un carácter artificial, en este caso la estudiante lo posibilita a partir de la situación discursiva se cumpla los objetivos de la investigación lo que constituye su tarea. Es un espacio de opinión grupal. El investigador en este caso la postulante, provoca el habla para y por dentro de un marco determinado de comunicación.

Se busca la unicidad discursiva, o sea un discurso colectivo, que es el sentido de lo social. Esta interacción social de acción mutua e intercambios comunicacionales entre los miembros de un grupo, un subgrupo o una población cualquiera, influye en las percepciones, el comportamiento y las pautas de relación de los individuos de una manera directa o indirecta.

Esto lo que permitió desde estos construir de forma participativa, para obtener sus percepciones, opiniones para el análisis de la propuesta, analizando desde sus discursos a través del lenguaje oral y escrito, sus decisiones, malestares, esperanzas, interactuando entre diversas áreas de conocimiento, socializando y validando la propuesta, partiendo de su experiencia cotidiana representada en su labores diarias en la atención de la salud de la población que demanda sus servicios en cada uno de las sedes de los EBAIS.

En las sesiones grupales realizadas con los(as) miembros(as) del EBAIS, se utiliza la guía con temas generadores, gran parte de la información obtenida permitió caracterizar los ambientes intermedio y micro del Área de Salud.

En el desarrollo del grupo de discusión se consideró el lenguaje no verbal de las personas participantes, cuando se habla nunca se consigue restituir plenamente la unidad entre significativo y significado; en la perspectiva

del significante, cuando hablamos, siempre decimos más y algo distinto, de lo que nos proponemos.

La expresión verbal se dan en expresiones orales o como expresiones escritas, la oral se realiza su análisis a partir de transcripciones escritas.

Re-producir y reordenar el sentido precisó del trabajo de grupo, pues requirió poner en juego a todos sus participantes y el nivel del habla, a fin de permitir la comprensión del proceso de gestión de los EBAIS.

En la dinámica del grupo de discusión de la residencia práctica, se jugaron papeles y su dinámica, están son relaciones, entre miembros, a partir del habla. Establecieron dos tipos de relaciones: una de contraprestación. Los participantes producen un texto que es objeto para el investigador.

Según los autores mencionados se dan las siguientes relaciones:

- A) La que liga a cada participante con el grupo de pares,
- B) La que liga al grupo con la investigadora, en este caso la postulante.
- C) Estas relaciones se cruzan para dar paso a la constitución del grupo.

El grupo se constituyó en, por y para el análisis del problema de intervención gerencial, allí el grupo comenzó a articularse; los participantes tuvieron su tiempo para expresarse, se enunció el encuadre teórico, el marco temático y la producción se alcanzó a lo largo de las sesiones. Finalmente, se identificaron imágenes sobre la organización, sobre sus procesos de trabajo, los aciertos y debilidades del proceso de gestión de los EBAIS dentro de la modalidad de la atención integral como lo define el modelo readecuado de los servicios de salud y se dio la posibilidad de que ellos mismos plantearan como fortalecer su gestión.

El registro recogió el texto en toda su extensión, y literalmente, objetiva la dimensión trabajo del grupo, el texto se produce como objeto de trabajo para otro.

La tarea del observador- coordinador es la facilitación de la participación en las discusiones, y la consecución de progresos, orienta la discusión, promueve el progreso de la discusión, recoge la información por medios escritos y hace devoluciones al grupo para confirmar.

El presente cuadro resume las fuentes consultadas durante el proceso de la residencia práctica:

CUADRO Nº 2
Fuentes Información Consultadas Durante
Residencia Práctica

FUENTE CONSULTADA	INFORMANTES	TECNICA DE INVESTIGACION	INSTRUMENTO DE REGISTRO
DOCUMENTOS	Compromiso de Gestión del Área 2004 ASIS del Área de Salud 2001 Plan Operativo del Área de Salud 2004. Normas de Atención en Salud Ley de Desconcentración de Hospitales y Áreas de Salud. Política Nacional de Salud 1999 - 2004	Revisión bibliográfica y documental	Diario de campo
PERSONAS	Dr. José Miguel Rojas Hidalgo. Director Médico Licdo Guillermo Hernández Jefatura de Redes Licda Maria de los Ángeles Umaña .Jefatura de Enfermería. Dra.Deyanira Calvo León. Medica. Coordinadora I nivel de Atención y coordinadora del Equipo de Apoyo. Nueve Miembros de EBAIS. Siete miembros de la Junta de Salud. Cuatro miembros del Equipo de Apoyo.	Entrevista Grupo de Discusión Observación Participante	Guía de entrevista. Guía de observación.
INSTITUCIONAL	Área de Salud Goicoechea II EBAIS Equipo de Apoyo Junta de Salud	Observación participante Entrevista	Guía de observación. Guía de entrevista.

Fuente Elaboración propia. Residencia práctica. Maets. 2004.

Etapa 1.2: Elaboración de la caracterización final del componente gerencial y la gestión de los EBAIS además del diseño de la propuesta de fortalecimiento de la gestión de los EBAIS.

En esta etapa se elaboró la versión final de la caracterización del componente gerencial y del proceso de gestión de los EBAIS, con base en la información obtenida en las etapas anteriores; razón por la cual se pudo con precisión identificar las fortalezas y debilidades del proceso gerencial en el Área de Salud y de la gestión de los EBAIS. Se utiliza para esta etapa la técnica de análisis de contenidos.

Análisis de Contenido: puede concebirse como un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada.

El meta texto generado por el análisis de contenido de la residencia práctica, consistió en una caracterización de la gestión del Área de Salud y estuvo determinado por las categorías teóricas justificadas por la estudiante según el marco conceptual de la residencia práctica.

Según los autores Delgado Juan y Gutiérrez Juan (1995), el texto, es la cristalización de un aspecto del proceso de comunicación lingüístico verbal entre los sujetos, en este caso los participantes y operado en un determinado contexto para la experiencia de la residencia practica en la prestación de los servicios de salud en el Área de Salud de Goicoechea II.

El corpus analizado fue el resultado de la expresividad de los participantes mediante el grupo de discusión con los EBAIS, las entrevistas con los miembros del Equipo de Apoyo, Coordinadora del primer nivel de atención y miembros de la Junta de Salud. Ese conjunto de textos se acompañó por información adicional de carácter extra textual (observación participante y revisión bibliográfica) que resultó vital para el informe final y trato de la

información acerca de los participantes en la prestación de los servicios de atención integral en salud.

Este corpus textual, colección de textos, escritos en origen o transcritos a partir de manifestaciones orales y escritas también, que es objeto de investigación mediante algún método o técnica de análisis textual.

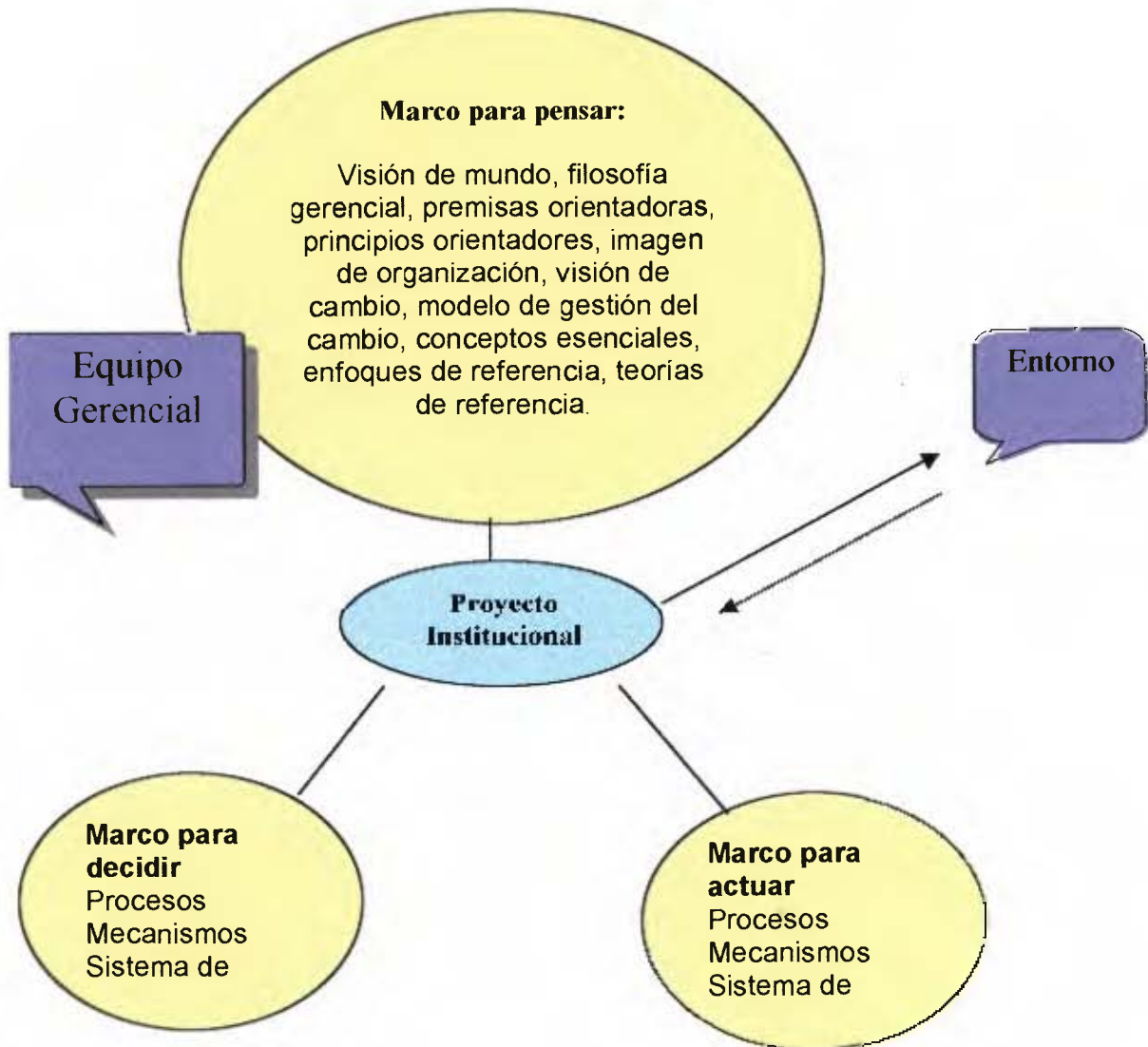
La fase de análisis propiamente dicha, estableció dos unidades básicas de relevancia: proceso gerencial y la gestión de los EBAIS. Las unidades de registro se identificaron de acuerdo con los objetivos y la metodología de la residencia práctica, las unidades de contexto suministraron el marco interpretativo, teórico y metodológico.

FASE 2: PROPUESTA PARA FORTALECER LA GESTION DE LOS EBAIS

La propuesta fue construida con la revisión bibliográfica y documental del Proyecto Nuevo Paradigma: La dimensión Gestión. De los autores Mato y Otros (2001) ellos proponen un modelo institucional de gestión como un marco que articula elementos de referencia para orientar e influenciar la forma de pensar, decidir y actuar del equipo gerencial de una organización, como se muestra en la siguiente figura:

ESQUEMA N° 1.

MODELO DE GESTION INSTITUCIONAL



Fuente: López, Xinia. Residencia Practica 2005.

FASE 3: RECUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA GERENCIAL EN EL ÁREA DE SALUD GOICOECHEA II.

Jara (1988:22) define la sistematización como “aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su reordenamiento y reconstrucción, describe o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, como se han relacionado entre sí y por que lo han hecho de ese modo”.

La sistematización como proceso de reflexión teórica de la experiencia vivida en este caso la Residencia Práctica, permitió la comprensión del proceso, reconocer el aprendizaje producido y socializar así la experiencia. Este proceso facilitó la interpretación crítica de lo vivido, a través del reordenamiento de la construcción de este, además de entender la relación existente entre la teoría y la práctica.

Esta experiencia expresó procesos sociales complejos, multifactoriales, como los que se indican a continuación:

- El momento, el contexto y las condiciones en que se desarrolló la residencia práctica.
- Situaciones particulares previstas e imprevistas.
- Acciones intencionadas por parte de agentes institucionales y personas que buscaban determinados objetivos.
- Intenciones percepciones e interpretaciones de las personas que intervinieron en las diversas fases del proceso.
- Resultados de acciones esperadas e inesperados.
- Reacciones entre las personas que como actores sociales intervinieron en el proceso.

Para el caso de la residencia práctica, se selecciono el modelo de sistematización propuesto por Oscar Jara (1994), el cual concibe el proceso de sistematizar como:

- Proceso participativo, permite analizar y reflexionar la realidad desde diversos puntos de vista, con el concurso de diferentes actores sociales.
- Proceso productor de conocimiento y que acumula conocimiento durante el desarrollo de la intervención.
- Proceso que permite reconstruir ordenadamente la experiencia.
- Proceso que permite socializar la experiencia.

Este modelo de sistematización, entiende la realidad histórico-social como una totalidad, un todo integrado, en el que las partes económico, social, político, cultural, lo individual, local, nacional, lo objetivo no se pueden entender aisladamente, sino en su relación con el conjunto, como la articulación interna de todas sus múltiples relaciones.

En el proceso de la residencia practica, se partió de los hechos y de datos que se pueden observar, los cuales se ordenaron y compararon, llegando a formular conclusiones de lo particular a lo general, de lo inmediato a lo mediato, de lo concreto a lo abstracto. Por otro lado, de las formulaciones teóricas, de leyes o normativa institucional ya establecidas, para ir deduciendo conclusiones específicas.

Se establecieron como objetivos de la sistematización:

- 1) Caracterizar teórica y críticamente la gestión en el Área de Salud
- 2) Fortalecer teórica y críticamente la gestión de los EBAIS del Área de Salud.

La reflexión crítica de la residencia práctica fue clave en la sistematización, fue una interpretación del proceso vivido, se trató de realizar un proceso ordenado de abstracción, para encontrar la razón de ser de lo que sucedió durante la experiencia.

Con base en este modelo de sistematización propuesto se analizaron tres ejes de sistematización:

- Las condiciones del ambiente intermedio y micro del Área de Salud.
- La gestión de los EBAIS.
- El proceso de conducción gerencial.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

La residencia práctica desarrollada en el Área de Salud Goicoechea II, se apoyo en el enfoque integral para la gerencia social. Dicho enfoque asume a los servicios sociales como sistemas abiertos, con conexión e interacción con su entorno. Según Morera (2001:64) “impulsar este modelo de gerencia requiere de la construcción de organizaciones flexibles, innovadoras, participativas y democráticas”.

3.1 Gerencia Social:

De acuerdo con Morera (1996:15), concretamente la gerencia social se concibe como un proceso que busca el logro de los objetivos de un servicio social, (enmarcado en una institución pública o privada), mediante determinada tecnología (conocimientos, técnicas, instrumentos, procedimientos, materiales y equipos).

La gerencia social, como proceso de toma de decisiones en áreas críticas permite que el trabajo de gestión sea eficiente y efectivo. Además permite a los que ejercen la función de ser gerentes en organizaciones productoras de servicios sociales moverse, actuar y enfrentar entornos complejos e inciertos; para esto son claves las relaciones con las poblaciones meta y construir sistemas de información que les apoyen en los procesos de decidir su dominio organizacional. Esto es decidir en forma acertada ante cuáles problemas y/o necesidades se intervendrá, con qué tipo de tecnología, y con qué propósitos según las oportunidades que ofrece el contexto y de las fortalezas de la organización.

Dentro de esta concepción de gerencia social, es importante referirse a las áreas críticas, de toma de decisiones de la gestión, como las define Hasenfeld (2000):

- Enunciar la misión de los servicios de la organización dentro del contexto de las oportunidades, limitaciones y contingencias del medio ambiente (es el vínculo clave con las necesidades de las personas).
- Selección de las tecnologías de servicio para llevar a cabo la misión, (definir los métodos de intervención), ante cuáles demandas se toma la decisión de intervenir, cómo atender las necesidades, qué habilidades y qué conocimientos se requieren para resolver los problemas medulares de la población.
- Definir la estructura organizacional, supone establecer las divisiones internas de trabajo de la organización, la división del trabajo, la autoridad y el poder.
- Iniciación y puesta en práctica de procesos de cambio en la organización en respuesta a exigencias del medio y demandas de las personas miembros de la organización.
- Establecer negociaciones y mediaciones con actores del contexto para conseguir recursos y servicios, para ganar legitimidad.

Como se puede apreciar dentro de estas cinco áreas críticas la relación de la organización con su entorno (contexto) es uno de los elementos claves de la gestión, elemento que también desarrollan los autores Mato y otros (2001), dentro de su enfoque estratégico, conceptual y desarrollan cinco dimensiones futuro, entorno, participación, estrategia y la gestión esta última es la que interés para desarrollar en esta residencia práctica.

Para estos efectos se comparte la siguiente definición de gestión: "nodo central de una red de análisis, síntesis, reflexiones, decisiones y acciones dirigidas a la innovación para la construcción de la sostenibilidad, de sus organizaciones en particular y de sus sociedades en general" (Mato y otros: 2001).

Esta sostenibilidad sería la innovación de las áreas de salud, las cuales se relacionan con contextos turbulentos y complejos y requieren nuevos enfoques para su gestión.

Dentro de los sistemas complejos, (áreas de salud) las personas miembros tienen una visión de mundo, una forma de pensar, lo que impacta en la toma de decisiones.

Esta visión de mundo determina como el sujeto va a intervenir, sea adaptándose o transformando el medio. Dependiendo de esa concepción se determina si las personas miembros son concebidas como "talentos humanos" y/o sujetos que aportan según sus habilidades y fortalezas.

El medio ambiente define las oportunidades y limitaciones de una organización, para transformarse en una institución (proceso que ve la historia de una organización y su adaptación al medio) este es el dominio organizacional, dominio que no es estático, interactúa y se negocia con el medio político, económico y social.

Entre los requisitos que se definen para la toma de decisiones esta hacer una cartografía del medio ambiente de trabajo para identificar las elecciones estratégicas que la organización deber hacer.

Esta definición del dominio de la organización implica tener en cuenta los siguientes aspectos problemas o necesidades humanas a atender población servida y servicios que se brindan.

Esto supone un consenso constante en un proceso de negociación que considere:

- La compatibilidad ideológica del dominio con elementos del ambiente de trabajo.
- Apoyo dado a la organización por elites políticas y profesionales.
- La amenaza potencial del dominio al flujo de usuarios y recursos de otras organizaciones.

La misión determina la razón de ser de la organización, de acuerdo a condicionantes económicas, políticas y sociales.

Según Morera (2001:59), las misiones son el marco general de acción expresado en políticas (qué y para qué), estrategias (cómo) y objetivos como expresión precisa de resultados por alcanzar de acuerdo con problemáticas por enfrentar y poblaciones meta.

Los servicios sociales comprendidos como sistemas complejos, existen y se desarrollan a partir de relaciones de poder entre la organización y las poblaciones meta; la multiplicidad de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y lingüísticos son la base para reorientar la satisfacción de las demandas de la sociedad civil.

Realizar una lectura rigurosa y permanente del contexto, permite diagnosticar e identificar demandas sociales y construir agendas de prioridades de acuerdo con los intereses de los actores sociales. El entorno relevante de la organización se imagina y negocia, está conformado por seres humanos, es de carácter artificial o sea se puede transformar y está en conexión e interacción permanente.

3.2 Teoría General de Sistemas:

La teoría General de Sistemas según Bertalanffy (1997:39) consiste “en el estudio científico de los “todos” y “totalidades””. Se expresa en términos tales como totalidad y suma, diferenciación, orden jerárquico, finalidad y equifinalidad.

La utilidad de la Teoría General de Sistemas permite definir que un sistema es un modelo de naturaleza general, una representación conceptual, su naturaleza interdisciplinaria facilita el estudio integral del sistema mediante

una descripción interna del mismo, en su estructura, y la descripción externa que es funcional, de acuerdo a la conducta del sistema en términos de su interacción con el medio ambiente.

Esta teoría aporta desde un planteamiento de tipo holístico e interdisciplinario para estudiar sistemas complejos como son las áreas de salud, dado que la principal característica de estas concebidas como sistema, es su capacidad para producir servicios de salud integral que le demanda la población meta.

En este enfoque de sistema integral a las áreas de salud, se les considera como un sistema socio técnico abierto, compuesto de ciertos subsistemas, como lo son: el de metas y valores, el técnico, el psicosocial, el estructural y el administrativo. Estos subsistemas son interdependientes entre si y cualquier cambio en alguno de ellos afecta el funcionamiento global y de cada una de sus partes.

Según el enfoque de sistemas se puede apreciar a las áreas de salud como un sistema compuesto por estos subsistemas en interacción constante y dentro de un marco de referencia holístico o sinérgico. Se logra identificar otras características al considerar las áreas de salud, como sistemas artificiales, inventadas por seres humanos, para una variedad de objetivos y que no siguen mismos patrones de vida que un organismo biológico.

3.3 Gestión de Servicios de Atención en Salud:

El fundamento que se utilizó para esta residencia práctica enuncia que la noción de gestión de los Servicios de Atención en Salud, implica un medio para dar respuesta a los problemas y necesidades en sus diferentes manifestaciones en salud a la población que tiene a cargo el Área de Salud. Requiere para esto de procesos de planeamiento, conducción y evaluación de

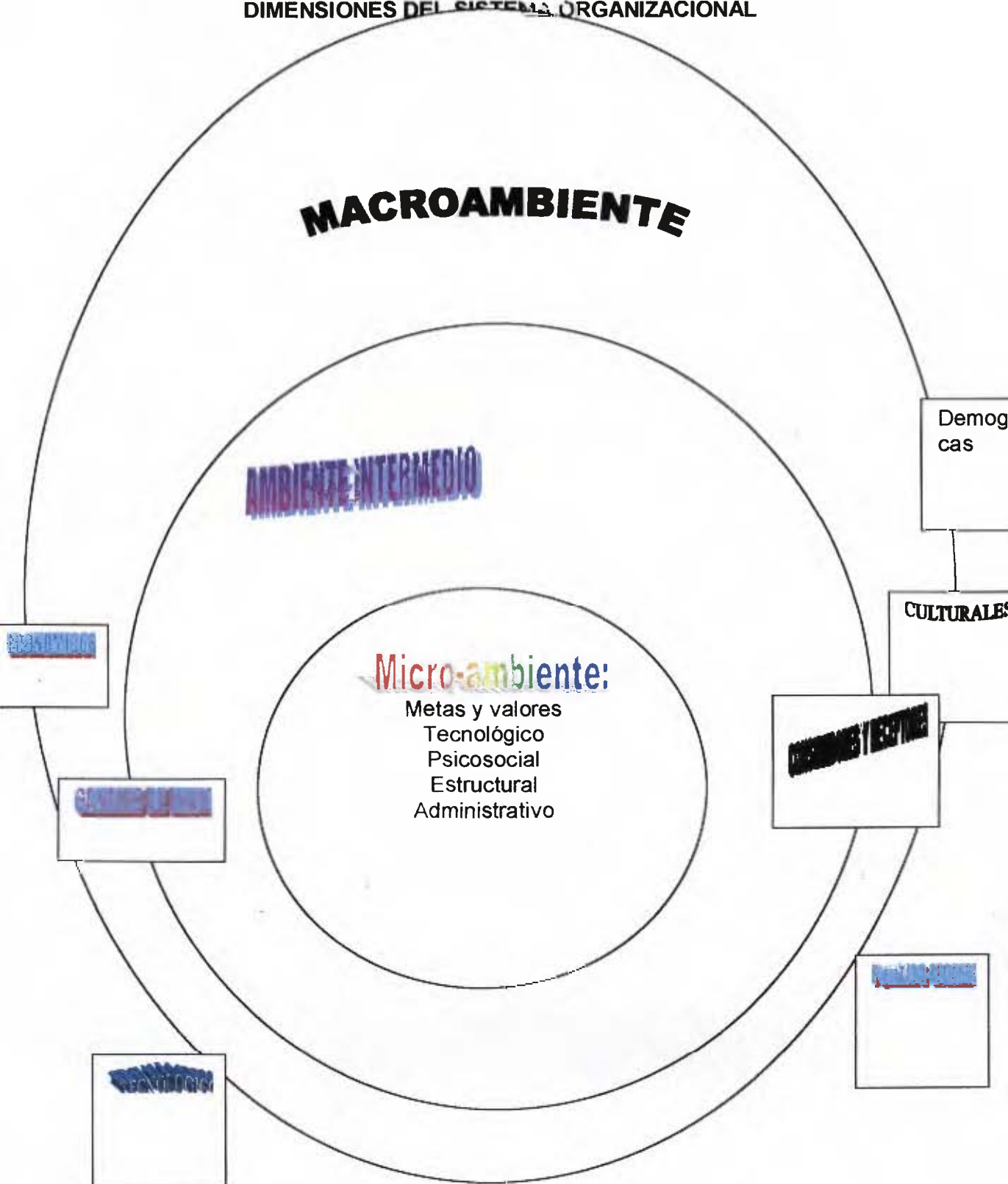
los servicios, aunado al análisis constante del uso de los recursos que se asignan, si tienen un máximo aprovechamiento. Y se concibe a la atención en salud como un derecho humano, que debe ser entregado a las poblaciones en forma oportuna y con calidad.

3.4 Organizaciones Productoras de Servicios Sociales:

Las organizaciones productoras de servicios sociales pueden considerarse sistemas sociotécnicos abiertos, son la estructuración e integración de actividades humanas alrededor de distintas tecnologías de acuerdo con los problemas que atienden. Sus actividades centrales se desarrollan alrededor de las relaciones entre personal y las poblaciones meta. Estas relaciones son el medio para determinar los problemas o necesidades que se tienen que transformar, así como el éxito o fracaso de la organización.

Molina y Morera (2001), refieren que cuando las organizaciones prestadoras de servicios sociales se constituyen en objeto de estudio, resulta desafiante analizar las interrelaciones del sistema organizacional porque implica penetrar en tres dimensiones interactuantes entre sí y en su interior: macroambiente, ambiente intermedio y microambiente.

ESQUEMA N° 2
DIMENSIONES DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL



Fuente: López, Xinia. Residencia Practica. 2004

3.4.1 Macro ambiente:

Compuesto por las condiciones culturales, demográficas, políticas, jurídicas, económicas y tecnológicas que influyen en el ambiente intermedio y el micro ambiente del área de salud. Este nivel contribuye a producir conocimientos científicos acerca del contexto, para explicar la naturaleza y contenidos de la política social en el campo de la salud en Costa Rica.

3.4.2 Ambiente intermedio:

Constituido por los recursos, son las organizaciones y grupos con las cuales el área de salud interactúa para obtener recursos y servicios, estableciendo con ellos modos de interacción. Incluye a quienes proveen recursos económicos, donaciones, financiamiento, proveedores de legitimidad y autoridad, canal de envío de usuarios, prestadores de servicios complementarios, consumidores y receptores del servicio. Morera (2001), señala que el ambiente de trabajo pertinente a cada organización está definido por su dominio, es decir los problemas y necesidades humanas que pretende atender, así como las poblaciones meta y servicios por brindar.

3.4.3 Micro ambiente:

El microambiente de una organización o medio ambiente de trabajo, es un sistema interno formado por elementos básicos como: proceso de trabajo, estructura organizativa, personas miembros, tecnología y los procesos organizativos entre los que destacan el poder, la comunicación, el conflicto y la toma de decisiones.

En la gestión de un servicio de salud se presume contar con principios de organización que aseguren una toma de decisiones correcta que aseguren acciones efectivas y eficaces, donde el estudio de la tecnología de gestión puede abordarse mediante el análisis de cinco subsistemas, estos son:

Subsistema de metas y valores: el área de salud toma muchos de sus valores del medio sociocultural, esta debe cumplir con ciertos objetivos determinados por el sistema general, lleva a cabo una función para la sociedad y si desea tener éxito en la consecución de recursos debe conformarse de acuerdo a requerimientos de la población.

Contiene por tanto el conjunto de creencias comunes que sirven de guía para formar el sistema de valores que orienta su marcha. Se pueden identificar tres tipos de metas u objetivos, los propios del área como su continuo crecimiento, estabilidad y rentabilidad de sus servicios, los objetivos de las personas miembros que la integran que pueden o no ser compatibles con sus metas los desafíos y demandas del ambiente que rodea al área de salud, los cuales interpreta para definir su dominio y en consecuencia sus servicios.

Debe existir cierta correspondencia entre el producto final del área y las demandas que el ambiente plantea. Esta es una tarea del diagnóstico, para comprender los problemas complejos en materia de salud de la comunidad para apoyar a los niveles directivos en la toma de las decisiones.

Subsistema técnico: esta conformado por los conocimientos necesarios para desarrollar las tareas, incluye las técnicas, usadas para transformar insumos en productos, la especialización de los conocimientos y las habilidades, el equipo, la maquinaria para distribuir los servicios. La tecnología afecta la estructura de la organización y a su subsistema psicosocial.

En el proceso de gestión de los EBAIS es importante el procedimiento, las técnicas e instrumentos; así como la secuencia de actividades e interdependencia con la prestación del servicio de salud.

Subsistema psicosocial: esta compuesto de individuos y grupos en interacción, su conducta individual y la motivación, las relaciones de status y de papel, la dinámica de los grupos y aspiraciones de estos. Esta constituido y es afectado por los sentimientos, valores y actitudes de las personas miembros y de la población meta. Recibe influencia del medio externo, así como de las tareas, la tecnología y la estructura del área. Paralelo al subsistema de relaciones formales (subsistema estructural) las personas miembros establecen formas de relación y comunicación informal que con el tiempo conforman la cultura del área, la cual la motivan por el trabajo y el alcance de los objetivos.

En este subsistema se distinguen niveles de liderazgo individual y grupal que inciden en el comportamiento y productividad de los participantes. El conocimiento y análisis de este subsistema permite a los niveles de dirección y administración identificar aspectos que son importantes para lograr la motivación de sus participantes y su involucramiento con el área.

Subsistema estructural: comprende la forma como están divididas las tareas de la organización, su diferenciación e integración. Se establece desde organigramas, la descripción de posiciones, de trabajo, las reglas y los procedimientos, los patrones de autoridad, comunicación y flujo de trabajo. La estructura organizacional facilita bases para formalizar relaciones entre el subsistema técnico y el psicosocial. En las organizaciones modernas es frecuente que las estructuras formales sufran transformaciones frecuentes, debido a los constantes cambios que sufre el contexto donde están inmersas y en su capacidad para adaptarse a estos cambios y responder a nuevas demandas que ese entorno le demande.

La estructura organizativa soporte de los servicios de salud define el conjunto de funciones y relaciones que determinan formalmente la misión que la unidad debe cumplir. Las características de la estructura son de coordinación, complejidad, especialización y formalización.

Subsistema administrativo involucra a toda el área y la relaciona con su medio, establece objetivos, desarrolla planes de integración, estrategia y operación mediante su propia estructura y el establecimiento de procesos de control. Este nivel esta compuesto por tres niveles: el operativo, de coordinación y estratégico. El operativo se refiere a la realización de las tareas, el estratégico relaciona las actividades de organización con su medio y el de coordinación sirve como integrador vertical de las actividades (estratégica y operativa).

En la gestión de los servicios de atención en el Área de Salud, los procesos de toma de decisión el poder esta dado por la función del director medico, la capacidad del equipo de apoyo y de los EBAIS para influir o modificar cualquier aspecto o resultado de otros en la organización para la prestación de los servicios.

Las estructuras típicas del poder y su distribución son autocrático (el poder esta en la alta dirección), descentralizado (el poder esta en niveles intermedios e inferiores) y distribuido (el poder esta en diversos grupos y miembros poseen alto poder).

La autoridad es el derecho de tomar decisiones, dar instrucciones y hacer que se cumplan esto implica aceptación. La comunicación como la define Flores (1995:20) "proceso por el cual una idea es transferida de una fuente a un receptor con la intención de cambiar su comportamiento".

Mediante la comprensión de los determinantes del macroambiente, el ambiente intermedio y de sus sistemas internos, el gerente puede situarse en una posición para estructurar su organización de acuerdo con las demandas del medio.

3.4.3.1 Estructura Organizativa:

Las estructuras organizativas son el conjunto de funciones y relaciones que determinan formalmente las misiones que cada unidad de la organización debe cumplir y los modos de colaboración entre ellas. Morera (2001:59).

Según Hasenfeld (2000), citado por Morera (2001), las organizaciones al servicio del hombre se caracterizan por desarrollar una estructura burocrática, con un carácter legal de las normas y reglamentos que las define como deben funcionar, la organización se liga por comunicaciones escritas, la autoridad es legalista, racional y se distribuye jerárquicamente, los miembros de la organización tienen cargos cuyas funciones, competencias y responsabilidades están definidos, las responsabilidades por las decisiones de operación se delegan en varias unidades de trabajo, se especializan las funciones y las posiciones, se formalizan y uniforman muchas actividades y las reglas que son de aplicación general controlan la conducta de los ocupantes de los puestos de trabajo.

3.4.3.2 Personas integrantes de la organización:

Según Morera (2001:60) los miembros de la organización son las personas que hacen dinámica una estructura organizativa y que con la combinación de sus inteligencias, conocimientos, experiencias, disponibilidad motivacional y recursos, producen resultados atinentes a la misión organizacional.

Para los servicios de atención integral en salud también las poblaciones meta receptoras y consumidoras de sus servicios, son materia prima con la que hay que trabajar con sus valores y creencias, deben ser tomadas en cuenta dado que llegan a ser casi miembros de la organización, pues para obtener los servicios deben cooperar y someterse a políticas y normas existentes en la organización.

Las personas miembros de la organización responsables de la gestión según sea su nivel operativo, estratégico o táctico crean alternativas tecnológicas que permiten mejorar la prestación del servicio de salud ante la complejidad social local, éste tipo de gestión supone una actitud abierta y de cambio para las iniciativas individuales y colectivas.

3.4.3.3 Tecnología Organizacional:

Según Hasenfeld (2000:128) la tecnología de una organización define sus actividades esenciales frente a sus beneficiarios.

Refiere además que las organizaciones al servicio del hombre “se distinguen de otras burocracias por el hecho de que su “materia prima” es la gente, destacan también por las transformaciones que tratan de producir en los beneficiarios. Por lo tanto, se pueden clasificar de acuerdo a estos dos aspectos: el tipo de personas que atienden (sus beneficiarios), y las tecnologías de transformación (por ejemplo, los procedimientos y técnicas) que emplean para provocar cambios en las personas que atienden”. Hasenfeld (2000:14).

La relación de los usuarios organización se constituyen en un elemento a considerar dentro del proceso de intervención gerencial; este papel de usuario abarca tres conceptos interrelacionados:

- Usuario es un receptor y consumidor de los servicios de la organización.
- Los usuarios representan la materia prima para trabajar y se le atribuyen valores sociales que la organización debe considerar en sus esfuerzos de procesamiento y de cambio.
- Los usuarios llegan a ser casi miembros de la organización en el sentido de que deben cooperar y someterse a las políticas de la organización y avenirse a ciertas conductas y desempeños preescritos de antemano.

La naturaleza y calidad de la relación personal y usuario son determinantes críticos de éxito o fracaso de la organización, por tanto están determinadas al:

- 1) Cumplir una función doble: es el vehículo y las herramientas por medio del cual se proporciona los servicios a las personas, valora y determina sus necesidades y trabaja para transformarlos. Es un mecanismo para que el personal logre un control suficiente sobre el usuario para asegurar el cumplimiento de los procedimientos de intervención.
- 2) La parte central es el grado de confianza que surge entre el usuario y un miembro del personal, lo cual representa inclinación a poner el destino y bienestar en manos de otra persona.
- 3) La confianza del personal refleja su fe en que el usuario no abusará de la relación ni se valdrá de ellos para propósitos ilegítimos.
- 4) Una relación de confianza se funda en la compatibilidad las metas personales del usuario y las metas e intereses del personal.

Las relaciones usuario-organización y viceversa se caracterizan por ser relaciones de poder-dependencia donde las organizaciones prestadoras de servicios sociales monopolizan los servicios. A su vez estas no están exentas de valores e intereses, se apoyan en relaciones de poder que se orientan a legitimar y reproducir los servicios.

La tecnología de la organización se clasifica en tecnología de gestión y tecnología de intervención; la primera implica conducir servicios sociales para la satisfacción de necesidades que afectan a las poblaciones meta, la tarea de decidir no concluye cuando se define la finalidad del servicio sino que se extiende a la interpretación que se realice por parte de los funcionarios de las decisiones y el seguimiento de su puesta en práctica.

La segunda, la tecnología de intervención define las actividades esenciales de una organización frente a los beneficiarios y opera en las personas para transformarlas.

En las organizaciones al servicio del hombre las tecnologías se basan en el saber científico, en las experiencias y en el sistema de creencias.

Las tecnologías de la organización definidas por Kast y Rosenzweig (1986), se basan en el conocimiento y equipo utilizados para la realización de las tareas; afectan los tipos de insumos que le llegan a la organización y la producción del sistema.

La tecnología se refiere a la aplicación del conocimiento para el desempeño más eficiente de las tareas y actividades, puede ser controlada pero no sin algunos cambios fundamentales en las metas y los valores de la organización.

Kast y Rosenzweig (1986), señalan que la tecnología de la organización transforma los insumos del sistema técnico en servicios, utiliza una creciente variedad de tecnologías sociales y de conducta que están dirigidas a lograr una mayor efectividad, eficiencia y satisfacción de los participantes.

3.4.3.4 GESTION:

La gestión requiere de dos procesos tecnológicos, uno resolver (decidir qué hacer) y segundo hacer o actuar, para lo que se necesita poseer un amplio conocimiento del funcionamiento de la conducta humana, sin obviar los factores ambientales que influyen en las múltiples situaciones sociales.

La gestión de los EBAIS supone clarificar las acciones de atención en salud, el alcance y el cumplimiento de coberturas e indicadores de calidad, proporciona a los funcionarios operativos la dirección y el apoyo que necesitan para aplicar las directrices en sus actividades cotidianas.

La gestión direcciona, monitorea, mejora la atención primaria a la salud, ayuda a identificar áreas específicas con debilidades y proporciona realimentación inmediata; ayuda al personal a resolver problemas, capacita y motiva, provee un vínculo con la alta gerencia y sirve como intermediario; en síntesis, con la gestión se dan esfuerzos continuos de automejoramiento por parte del personal de salud.

La gestión de los EBAIS debe permitir el desarrollo de la creatividad e iniciativa para modificar y crear alternativas tecnológicas que permita mejorar la eficacia de sus intervenciones ante la diversidad de necesidades complejas en salud que les presenta la población meta.

La gestión de los EBAIS debe permitir alcanzar la productividad pactada en los compromisos de gestión, construyendo agendas de acuerdo a los recursos y prioridades de los planes de acción.

La gestión requiere que el área de salud se conduzca como una organización flexible, innovadora, participativa y democrática.

CAPITULO IV

CARACTERIZACION DE LA GESTION DEL AREA DE SALUD DE GOICOECHEA II

La caracterización del componente gerencial en el Área de Salud Goicoechea II fue realizada desde el enfoque sistémico.

Siendo la organización una red de sistemas y de acuerdo con Hodge y Johnson (1975:6), “se puede concebir a una organización como un complejo de relaciones entre recursos físicos, humanos y de trabajo, unidos en una red de sistemas”. Además según los autores los sistemas transportan recursos merced a los procesos productivos y distributivos, para convertirse en los medios de satisfacer las necesidades de grupos de miembros y hay sistemas internos cuya función es conectar entre sí a otros sistemas de la organización, ellos suministran bienes y servicios consumidos en la propia organización durante sus esfuerzos por cumplir sus misiones.

Una organización es un sistema completo, en cuanto constituye un complejo de relaciones dentro de un marco pertinente, es un sistema dependiente, en cuanto no puede existir sin el apoyo de otros marcos semejantes. Además, cualquier sistema es una parte de cierto sistema más amplio y, por ende constituye un subsistema.

El Área de Salud Goicoechea II según lo señalado se considera un sistema organizacional que da servicios de atención integral a sus poblaciones meta.

En este capítulo se presenta la caracterización del componente gerencial de dicho sistema, específicamente el proceso de gestión de los EBAS; según

los ambientes intermedios y micro en que interactúa el Área de Salud, estos como relevantes por la interrelación que se da.

4.1 Características del Ambiente Intermedio en que actúa el Área de Salud Goicoechea II.

4.1.1 Plano político-jurídico de acción del Área de Salud Goicoechea II.

El fundamento político para implementar estrategias de acción para el fortalecimiento de la producción y distribución de los servicios sociales en salud del país, esta enmarcada en el Plan Nacional de Salud 1999-2004, mismo que toma los lineamientos generales de la Política Social contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1998 – 2002 , además de otras leyes como: Ley N° 5395 General de Salud, Ley N° Orgánica del Ministerio de Salud, Ley N° Constitutiva Caja Costarricense de Seguro Social, Ley N° 7441 Aprobación del contrato préstamo Banco Mundial para financiar Reforma del Sector Salud y Ley N° 7852 Desconcentración de Hospitales Nacionales, Clínicas y Áreas de Salud, del año 1998.

El Plan Nacional de Salud 1999-2004 contiene tres ámbitos de acción estratégicos a saber:

Ámbito I: Fortalecimiento y Consolidación del Sistema de Salud

Ámbito II: Equidad, Universalidad, Acceso y Calidad de las Acciones en Salud

Ámbito III: Mejoramiento de las Condiciones de Vida de la Población.

En el ámbito II, se consideran las áreas de intervención relacionadas con la atención de salud a la población, con énfasis en los grupos vulnerables y excluidos, que favorezca la reducción de iniquidades, en lugares apartados y de menor condición socioeconómica.

Entre las áreas y temas prioritarios a considerar están: el fortalecimiento de la atención primaria donde interesa rescatar entre otros, las acciones de promoción de la salud, detección y prevención de las enfermedades a través de la visita domiciliar y la participación social. Es así como se define como política *el fortalecimiento de la atención primaria en todos los niveles de gestión con énfasis en el primer nivel de atención con calidad, equidad, enfoque de derechos y género.*

El fortalecimiento del primer nivel de atención tiene como objetivo acercar los servicios de salud a la población costarricense, según sus principios de universalidad, equidad y solidaridad, a fin de propiciar una atención integral oportuna y con enfoque de riesgo que garantice la optimización de los recursos existentes.

Para hacer efectivo lo anterior en el país durante la década de los noventa con el Programa de Ajuste Estructural III, da inicio el proyecto de Reforma del Sector Salud como uno de sus prioridades. En la Asamblea Legislativa hacia el año 1994 se aprueban dos préstamos, uno con el Banco Mundial y otro con el Banco Internacional de Desarrollo, para financiar: la readecuación del modelo de atención, el fortalecimiento institucional de la CCSS, el desarrollo de sistemas alternativos de financiamiento y administración de los hospitales, el fortalecimiento del Ministerio de Salud y de sus funciones rectoras y la construcción de infraestructura en las sedes de los EBAIS, entre otros.

Esta reforma lleva al análisis de la funcionalidad y estructura del sistema de salud para implementar acciones hacia su modernización, mejorar el uso eficiente de los recursos, eliminar la duplicidad de programas, reducir los gastos excesivos, lograr equidad esto para prestar servicios de calidad a la población.

En síntesis esta modernización institucional plantea cuatro componentes fundamentales:

- El desarrollo de un modelo integral en salud basado en la atención primaria de base territorial, que prioriza la promoción y la prevención de la salud.
- Modificación de los mecanismos de asignación de recursos financieros, evolucionando hacia el gasto por la producción, la cobertura, la calidad y satisfacción de los ciudadanos.
- Aumento en la autonomía y capacidad de gestión de los establecimientos de salud para mejorar eficiencia.
- Garantía de sostenibilidad financiera mediante el aumento de la afiliación y la disminución de la evasión y la morosidad.

En el componente del Modelo Readecuado de Atención en Salud, según Guzmán y otros (1993) la atención integral es el elemento medular el cual se caracteriza por un enfoque biopsicosocial del proceso salud enfermedad, con una atención continua de la salud de las personas y el ambiente. Establece un énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria, la participación social, el trabajo en equipo y el mejoramiento de la calidad.

Para impulsar este modelo se propone un proceso de descentralización administrativa; como una condición indispensable para lograr fortalecer la gestión, y por tanto brindar mejores servicios de salud en el ámbito local, trasladando responsabilidades, inicialmente mediante la delegación y la desconcentración.

Esta redefinición del modelo de atención ha significado dividir al país en siete regiones, a saber: Central Norte, Central Sur, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Chorotega, Brunca y Pacífico Central. Y con base en esta división planteada por el Ministerio de Planificación Nacional; cada región se subdivide en Áreas de Salud con base en la división político administrativa del país y cada una de ellas, en sectores con un espacio poblacional asignado.

Es así como el Modelo Readecuado de Atención en Salud, en el primer nivel de atención a ejecutar por la CCSS, se les asigna a las Áreas de Salud, garantizar una atención integral, continua y de calidad a la población, con actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación para proteger la salud de la población.

El factor humano es clave, se busca promover conciencia en el individuo, la familia y la comunidad, sobre su cuota de responsabilidad en relación con su salud, manteniendo la institución el compromiso de canalizar los recursos necesarios.

Este modelo de atención en salud en el primer nivel de atención, se hace operativo mediante una apertura programática que define cinco programas y actividades mínimas para cada uno de ellos, al cual se denomina oferta básica de servicios integrales para cada uno de los grupos etáreos: niños (as), adolescentes, mujer, adulto(a) "hombre-mujer" y adulto (a) mayor. Esta oferta contempla el abordaje de cuatro ejes prioritarios como son: el crecimiento y desarrollo, la salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludables y morbilidad.

El *equipo básico de atención integral de salud (EBAIS)* conformado por un(a) médico(a) general, un(a) auxiliar de enfermería y un (a) técnico(a) de atención primaria es el encargado de atender a las poblaciones. Realiza funciones de atención directa al usuario, actividades de planificación, control, seguimiento, priorización de necesidades y principalmente de promoción y prevención en salud en un área geográfica determinada.

La unidad operativa básica de las Áreas de Salud, encargada de brindar la atención directa a los usuarios, son los EBAIS, con la supervisión, orientación y asesoría jerárquica de un Director de Área, una coordinación de Área, un equipo Administrativo y un equipo de Apoyo Técnico.

El *Equipo de Apoyo*, tiene como función principal apoyar técnicamente la labor de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), asesorar, dar acompañamiento en la puesta en marcha de la normativa para la atención integral de la salud en los diferentes ambientes humanos (familiar, comunal, educativo, laboral y servicios de salud); considerando las demandas de los EBAIS, prioridades nacionales, regionales, locales para mantener y mejorar la salud de la población.

Depende jerárquicamente del Director Médico del Área de Salud, lo conforman las disciplinas de Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Odontología, Microbiología y Registros de Estadísticas de Salud.

La gestión de estos equipos de salud en las áreas implica que la planificación debe transformarse en un proceso integral y participativo, para que la atención en salud sea equitativa, oportuna, eficaz, eficiente y de alta calidad. Esto les permitirá el establecimiento de prioridades, manejo de la asignación presupuestaria, la coordinación, el control, la evaluación, el mantener contacto directo con los usuarios internos y externos de los servicios, así como establecer relaciones de coordinación intra y extra institución con otros actores del sistema de salud para el logro efectivo de las metas propuestas.

Lo que redundara en una gestión gerencial con una estructura flexible comunicación fluida y efectiva, la ejecución de proyectos con decisiones rápidas, oportunas y dentro de un ambiente de trabajo para el éxito de la organización.

Procesos como la gestión, la supervisión, la asesoría, la capacitación deben constituirse en acciones que apoyen la toma de decisiones para la producción de servicios de atención integral en salud de la población.

Estas funciones son parte del paradigma de la atención integral, que trata la concepción de la salud como un proceso de construcción social, y que conlleva los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial, cultural, de los diferentes grupos sociales.

Los servicios de salud del Área de Salud Goicoechea II entra en contacto directo con su ambiente intermedio al movilizar e intercambiar recursos y servicios con otros entes relacionados con la salud de la población; establecen modos específicos de interacción entre esos grupos internos y externos. Al movilizar recursos, se dan también relaciones de poder-dependencia entre las instancias involucradas en la atención a las personas.

En el Área de Salud Goicoechea II el dominio organizacional está en relación directa con la atención integral en salud a las personas; y la organización en si promueve el uso eficiente de los recursos para conceder una respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

4.1.2 Vías de acceso de la población meta a los servicios de Salud del Área.

La actual reforma del sector salud se propone mantener y fortalecer los principios orientadores de la política de salud pública y sus instituciones mismos que han sostenido el sistema de salud desde la creación del seguro social en los años 40. Esto para lograr calidad en la atención de la salud, reducir brechas sociales y el sostenimiento de la salud costarricense, estos son:

- La universalidad es la garantía bajo un enfoque de derecho el acceso al sistema de salud con calidad a toda la población, sin límites geográficos, sociales, económicos y culturales.
- La solidaridad, por este se asegura la protección de la salud para toda la población mediante el financiamiento compartido que permita el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos.
- La equidad, en salud es la atención que hay que dar a todos, pero es preciso darle más a quien mas necesita, así como, asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, reduciendo las diferencias que existen en los niveles de atención.

El enfoque integral del modelo de atención considera la salud-enfermedad como un proceso dinámico, cambiante frente a las condiciones de vida de las personas, donde intervienen factores de tipo social, éticos, económicos, culturales, sociales, espirituales y políticos; o sea con una visión integradora y multifactorial.

Esta visión de la naturaleza del proceso salud-enfermedad tiene implicaciones en la participación de las poblaciones meta, que permite trascender la concepción de salud como fenómeno individual a ser social, así, las acciones de la sociedad civil pasan de la responsabilidad individual a requerir esfuerzos colectivos.

El modelo readecuado en salud visualiza tres áreas importantes en donde se puede materializar la participación social de la población: el autocuidado de la salud, la ejecución de actividades y la gestión de los servicios. En esta ultima se define el compartir con otros actores sociales los procesos de diagnostico, programación y evaluación, bajo la responsabilidad

de la Dirección y el Equipo de Salud del Área de Salud. En el caso del Área de Salud de Goicoechea II se dan espacios para que diferentes actores sociales participen de la elaboración de los ASIS de cada sector, de la elección de miembros representantes para constituir la Junta de Salud y de Comités de Salud, Ferias de Salud y otros, pero esto se convierte en un aporte limitado a obtener información de la comunidad. El área de salud mantiene el poder de la decisión de la convocatoria y de las actuaciones de la población en esos espacios y estos trabajan con grandes limitaciones de recursos y de reconocimiento.

Lo anterior responde a planteamientos políticos de cómo atender la salud; si bien se han impulsado cambios y estrategias para hacerla realidad, el tema genera contradicciones que se expresan principalmente en el desfase que existe entre lo planteado en la agenda política y las posibilidades reales que se crean para que la sociedad civil participe activamente.

Se da reconocimiento al derecho que tienen las personas a participar en su propio desarrollo y en la gestión de su bienestar. En salud este derecho se materializa al considerar que la salud es un proceso social donde participan individuos, familias, grupos y comunidades. Esto le da un giro a la visión y el proceder de instituciones de salud, donde se han caracterizado por decidir y definir las necesidades de las personas, sin considerar si hay coincidencia con la percepción y necesidades reales de la población.

Este impulso del modelo readecuado de fomentar la participación ciudadana en la solución de los problemas de salud a nivel individual, familiar y comunal, se convierte en el reconocimiento de los usuarios como sujetos con autonomía, autenticidad e iniciativa, para decidir también como lo señala Hasenfeld (2000) no solamente grupos y organizaciones envían usuarios a una organización determinada, sino también los individuos y las familias pueden buscar directamente sus servicios.

También a pesar de lo planteado como principio de universalidad existen problemas de accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud en la práctica, este es regulado por la condición de aseguramiento que tenga la persona y por lo establecido en normativas como: el Reglamento del Seguro de Salud, el Código de la Niñez y la Adolescencia y las Políticas de Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil.

En el marco de la prestación de servicios de salud se pretende lograr un cambio en la actitud no solo en las instituciones sino de la población misma. Esto significa que, por parte de las personas, su familia y los grupos organizados a nivel comunal en relación con su situación de salud; rompan con la actitud receptiva y pasiva frente a las instituciones para asumir un rol protagónico.

Razón por la cual, el enfoque busca que todos los individuos vean a la salud como una responsabilidad colectiva, en la que todos tienen la obligación de mantenerla, preservarla y mejorarla. Implica una posición política que promueva una participación democrática.

Por lo anterior, en los últimos años se ha evidenciado una participación más activa y racional de las poblaciones meta en el proceso de modernización institucional y en una cultura que promueve la calidad de los servicios.

Es importante, la participación de las poblaciones meta en la prestación de los servicios de salud, porque representa una de las vías de acceso a los servicios y parte de la transformación del papel de los diferentes actores sociales, ya que tanto la salud, como la participación son resultados y procesos históricos que inciden directamente en el desarrollo del país y en su situación de salud.

En el Área de Salud Goicoechea II, la condición de asegurado para el 2003 según las consultas registradas se muestra a continuación.

CUADRO # 3

Área De Salud Goicoechea II: Registro De Condición De Aseguramiento En Términos Porcentuales.

CONDICION	Nº de	valores	CONDICION	Nº de	valores
	Personas	relativos		Personas	Relativos
Directo E y M	16705	41.9	INS Riesgo Profesional	0	0.00
Familiar E y M	14265	35.7	Pago Directo	250	0.60
Empleado CCSS	363	0.9	Pago Parcial	0	0.00
Directo IVM	3180	8	Directo Reg. No Contributivo	670	1.62
Familiar IVM	1514	3.8	Familiar Reg. No Contributivo	0	0.00
Cuenta Estado	3880	9.7	Extranjero con Convenio	654	1.58
Directo Gobierno	0	0.00	Extranjero sin Convenio	0	0.00
Familiar Gobierno	0	0.00	Indeterminado	0	0.00

FUENTE: Balances del Servicio de Atención Primaria, 2003. Área de Salud Goicoechea II.

Para el año 2003 se realizó un mayor número de afiliaciones de asegurados directos y familiares que seguros por cuenta del estado, sin embargo este último ocupa el tercer lugar de aseguramiento durante el año.

4.2.3 Sujetos de los servicios del Área de Salud de Goicoechea II.

Las organizaciones al servicio del hombre tienen puesta su atención en las relaciones con los usuarios. De acuerdo con Hasenfeld (2000), el usuario es el receptor y consumidor de los servicios de la organización, a su vez representan la materia prima con que trabajar, se les atribuyen valores sociales que la organización debe considerar en sus esfuerzos de procesamiento y de cambio. De hecho los usuarios llegan a ser casi miembros de la organización en el sentido de que deben cooperar y someterse a sus políticas y normas.

La relación de los sujetos de la acción profesional con el Área de Salud, está influenciada por la posición social y moral que los caracteriza, determinando la calidad de los servicios de salud; además, las particularidades socioculturales de las poblaciones meta afectan la tecnología de servicio, y definen las actividades esenciales en la prestación de los servicios de salud en el Área de Salud.

El área de salud de Goicoechea II, según (Cascante y otros:1996), desde setiembre del año 1996 se documenta la decisión de la desconcentración de esta unidad administrativa, pero no es hasta abril de 1998 que se ejecuta por la promulgación de la Ley 7852 de Desconcentración Administrativa de Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud, esto como fundamento jurídico.

Situación que se convirtió en una “oportunidad” para la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez, del Cantón de Goicoechea, para cambiar su modelo de atención el cual se caracterizaba por:

- El agotamiento de la capacidad instalada por aumento demográfico del Cantón no solo de Goicoechea, sino de Moravia y una parte de la población del Cantón de Coronado, habitantes adscritos a la clínica.
- Recursos humanos, materiales y de presupuesto insuficiente para hacer frente a las demandas de la población.
- Infraestructura física limitada en el espacio de la clínica para dar atención, ubicar los diferentes servicios y al personal. Hay hacinamiento y no hay para donde expandirse.
- Frecuentes quejas sobre la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población.

La Clínica se desconcentra en tres áreas de salud a saber: Área de Salud de Goicoechea I, Área de Salud de Goicoechea II y Área de Salud de Moravia, además se delimita geográficamente con la Clínica de Coronado, para que se haga cargo de la población de su Cantón hoy Área de Salud de Coronado (Cascante y otros: 1996).

Este proceso se constituyó así en la primera experiencia de desconcentración de una clínica metropolitana con población urbana en tres áreas de salud. La clínica queda constituida como proveedora de servicios considerados de II nivel de atención como son los de apoyo, tratamiento, especialidades y urgencias.

Esta área de salud Goicoechea II, se subdivide a su vez en tres sedes con sus sectores de población correspondientes a los mencionados distritos del cantón a su cargo, estos se aprecian en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 4

**División Por Sedes De EBAIS. Área De Salud Goicoechea II.
2004.**

SEDE CALLE BLANCOS	SEDE CLINICA	SEDE GUADALUPE
SECTORES: Calle Blancos 1 Calle Blancos 2 El Encanto	SECTORES: Santa Cecilia Santa Eduvigis Divino Pastor Fátima Lomas	SECTORES: Centeno Guell San Francisco

Fuente: Elaboración propia.

El Área de Goicoechea II cubre a una población de 54.947 habitantes está constituida por diez sectores localizados: tres en el Distrito de Calle Blancos, dos en el centro del cantón, en el antiguo Centro de Salud y cinco en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez N. cada uno con una población que oscila entre los 4000 a 9000 habitantes.

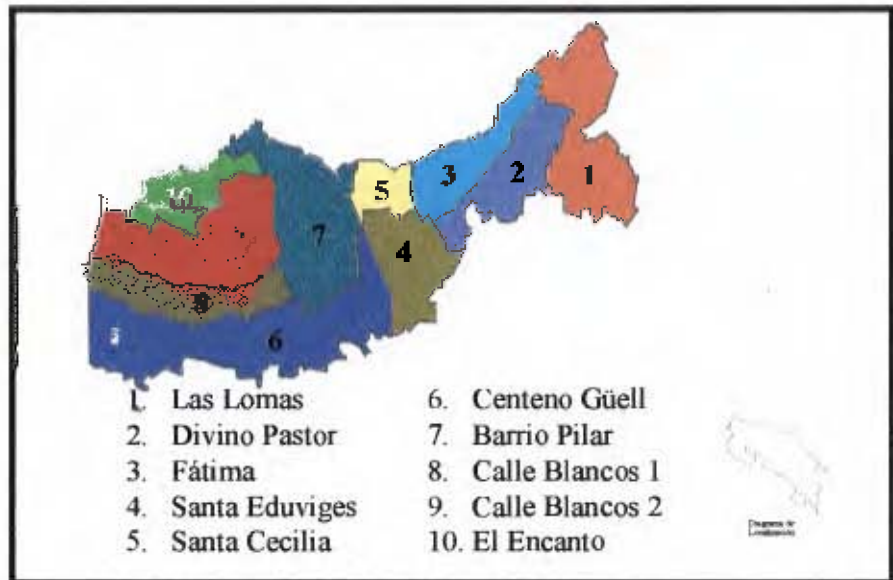
CUADRO N° 5

Sectores EBAIS, según extensión territorial.

Área Salud Goicoechea II.

Fuente: Tomado del ASIS 2001. Área de Salud Goicoechea II.

Distribución de EBAIS
Área de Salud de Goicoechea 2



El Área de Salud es un ente programático desconcentrado perteneciente a la Subgerencia de Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud Desconcentrados de la C.C.S.S...

La población del área de salud de Goicoechea II, está constituida por población urbana en un 100 % alguna con características marginales, la composición por grupos etareos por sexo y edad, se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO # 6

Área Salud Goicoechea II: Distribución Población Según Grupo Etareo Por Sexo Y Edad. Año 2003.

GRUPO ETAREO	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
menos 1	264	1.01	249	0.91	513	0.93
1 año	404	1.55	346	1.26	750	1.37
2 años	440	1.68	385	1.41	825	1.50
3 años	447	1.71	488	1.78	935	1.70
4 años	517	1.98	468	1.71	986	1.79
5 años	506	1.93	410	1.50	916	1.67
6 años	448	1.71	389	1.42	837	1.52
7 años	534	2.04	505	1.85	1039	1.89
8 años	577	2.21	499	1.82	1076	1.96
9 años	552	2.11	481	1.76	1032	1.88
10 años	529	2.02	520	1.90	1049	1.91
11 años	533	2.04	454	1.66	988	1.80
12 años	516	1.97	546	2.00	1062	1.93
13 años	480	1.83	524	1.92	1004	1.83
14 años	529	2.02	484	1.77	1013	1.84
15 a 19	2630	10.05	2650	9.68	5280	9.61
20 a 24	2471	9.44	2468	9.02	4939	8.99
25 a 29	1964	7.51	2001	7.31	3965	7.22
30 a 34	1810	6.92	2078	7.59	3887	7.07
35 a 39	1940	7.41	2213	8.09	4153	7.56
40 a 44	1627	6.22	2033	7.43	3660	6.66
45 a 49	1408	5.38	1739	6.36	3147	5.73
50 a 54	1145	4.38	1415	5.17	2560	4.66
55 a 59	959	3.66	1215	4.44	2174	3.96
60 a 64	700	2.67	1034	3.78	1734	3.15
65 a 69	680	2.60	918	3.35	1597	2.91
70 a 74	635	2.43	848	3.10	1482	2.70
75 y mas	919	3.51	1434	5.24	2352	4.28
TOTAL	26165	100.00	27358	100.00	54957	100.00

FUENTE: Servicio de Registros de Estadísticas de Salud. Área de Salud Goicoechea II.

Según la pirámide poblacional el grupo etáreo de más relevancia va de la edad de 15 años en adelante, con un porcentaje de 74 % y en un 13 % del total de la población corresponde a personas de más de 60 años. Del total de

población tenemos que el 64 % son adultos (mayores de 20 años) lo que nos indica que 1 de cada tres personas es un menor de 20 años, que de los mayores de 20 años el 20 % son mayores de 60 años es decir uno de cada cinco mayores de 20 años es un adulto Mayor y uno de cada 10 habitantes es un adulto mayor, lo que nos da un panorama demográfico hacia una población con características con una pirámide poblacional ensanchada en adultos mayores.

De acuerdo a lo anterior se puede inferir que la población al ser más adulta presentará según datos de morbilidad una mayor demanda en la consulta por Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Según la consulta de morbilidad antes de los 20 años de edad en la población las infecciones respiratorias, la influenza y las diarreas son las principales causas de consultas. Siendo las Infecciones Respiratorias las que ocupan primera causa de consulta esto debido a las condiciones ambientales de la zona con una gran polución.

Después de los 20 años de edad de la población aparecen la hipertensión arterial, la obesidad y las infecciones respiratorias. La primera enfermedad se ha empezado a detectar en personas jóvenes, por el nivel de tensión emocional en que vive la comunidad, tanto por lo agobiante de la situación económica social como por no existir espacios adecuados para la recreación, el deporte y otras actividades que mejoren el estilo de vida de los pobladores del área de salud.

Por último este factor mencionado de estrés lleva a que las enfermedades como la depresión sean las primeras causas de consulta de Salud Mental, para lo cual la educación y sobre todo los aspectos recreativos comunales se deben de promulgar para buscar estilos de vida saludables.

Según datos del plan anual operativo año 2001, del Área de Salud Goicoechea II las características de las viviendas, en un 95 % son buenas o regulares, debido que la mayoría son proyectos de viviendas de los últimos gobiernos y el promedio de habitantes es de 4 por vivienda lo que nos indica que no existe hacinamiento.

El índice de analfabetismo es del 1,30 % existiendo un porcentaje de 22,36 personas con estudios superiores, lo que da una población con un grado de educación importante.

Las principales actividades económicas para los distritos son las referidas a la industria manufacturera, artesanía y prestación de servicios. Gran parte de la población labora fuera de los límites del cantón.

Condiciones ecológicas:

El área de salud de Goicoechea II esta constituido por tres distritos del Cantón de Guadalupe, tiene condiciones urbanísticas que producen fuentes de contaminación al no contar con las fuentes de eliminación de las aguas de desechos y productos químicos de las diferentes empresas a los ríos.

Es además una zona de congestionamiento de vehículos con una ruta que atraviesa todo el cantón de este a oeste y viceversa, produciendo contaminación del aire por las emanaciones de gases de los carros (lo que provoca un aumento en las infecciones respiratorias agudas), aparte del ruido excesivo que se produce, lo que lleva a la contaminación sónica del ambiente.

En el distrito de Calle Blancos existe una área de concentración de fabricas que contaminan el ambiente con sus chimeneas, hornos y demás son fuentes permanentes de desechos sólidos o líquidos que se liberan en el ambiente sin

que exista ningún proceso de tratamiento tanto para las aguas que se vierten en los ríos; como para los desechos sólidos cuyo destino final son los botaderos públicos o zonas cercanas a los ríos.

El impacto de la contaminación de esta zona en la salud de sus habitantes tiene varias implicaciones; por ejemplo las aguas negras producen focos de infección, provocando riesgo de contraer diarreas, el acumulamiento y el mal manejo de desechos sólidos provoca el aumento de plagas indeseables como cucarachas, moscas y ratas; lo que representa un peligro para la salud, ya que son transportadoras de enfermedades.

Limites geográficos del cantón de Goicoechea son:

□ Norte:	Moravia
□ Noroeste:	Tibás
□ Noreste:	Coronado
□ Sur:	Montes de Oca
□ Suroeste:	San José
□ Sureste:	Cartago

Condiciones climatológicas:

El área en estudio posee un clima templado de gran humedad, con una temperatura promedio de 15-25 °C, dependiendo de la época del año.

La morfología del terreno contribuye a la variación de micro climas entre las partes altas y bajas, siendo mucho más frías y nubosas las primeras durante gran parte del año.

El terreno tiene una topografía quebrada y un bosque mixto de altura, que actualmente evidencian una marcada deforestación.

Las áreas críticas en salud según características de la población son:

- Infecciones de las vías respiratorias (IRAS)
- Influenza

- Diarreas
- Hipertensión Arterial y Diabetes
- Obesidad
- Depresión

En la relación del Área de Salud con la población meta hay un vínculo de poder-dependencia, determinado por una serie de acciones por medio de las cuales se intercambian recursos y servicios. Los usuarios interactúan de forma voluntaria o involuntaria para hacerse de sus recursos y servicios, de modo que se optimizan resultados y se minimizan los costos.

En esta interrelación de las poblaciones meta con el Área de Salud se expresan también diferentes intereses, resultantes de un conjunto complejo de atributos que determinan la conducta individual de los usuarios, o sea su necesidad de atención en salud y de la dinámica del Área de Salud cuya razón de ser es brindar un servicio de atención integral en salud.

El Área de Salud Goicoechea II en sus relaciones con sus usuarios y viceversa tiene ventaja de poder sobre sus poblaciones meta, al monopolizar la toma de decisiones sobre los servicios de salud que necesita la población adscrita; ejerciendo el poder profesional, esto le permite ejercer control, adquirir legitimidad y alcanzar las metas propuestas. Sin embargo, dentro de este juego de poder surgen estrategias que los(as) usuarios(as) consideran para buscar otras fuentes alternativas de servicios, como por ejemplo decidir adquirir servicios en otros sistemas de salud como lo es la atención privada, la medicina de empresa y/o medicina mixta.

Otra forma de poder del Área de Salud sobre los sujetos participantes de la acción profesional, es lo relacionado con tomar decisiones sobre ellos y sobre su situación de salud. A pesar de que existen algunas limitaciones

externas como lo son las leyes, los estatutos y las normativas administrativas en salud que tienen como finalidad proteger los derechos de las poblaciones meta.

A nivel del trabajo de los EBAIS se dan limitaciones como el no contar de forma oportuna con un elemento base para la toma de decisiones en relación con su población meta, y es la elaboración del ASIS de su sector, el cual debe constituirse en insumo para integrar el del Área de Salud, este posterga para encauzar sus acciones hacia el cumplimiento del Compromiso de Gestión del Área de Salud.

Situación que se constituye en la prioridad por atender, a pesar de caracterizarse por ser general, no tomar en cuenta las necesidades, problemas y manifestaciones particulares en salud de las poblaciones meta del Área de Salud. Mas bien las acciones se enfocan cada trimestre a presentar resultados para medir la producción de cada EBAIS por parte del Equipo de Apoyo y constatar el avance en el cumplimiento de metas del compromiso de gestión. Lo anterior para visualizar los alcances que tendrán el cálculo del presupuesto y los incentivos a la producción, según nota cuantitativa alcanzada por el Área de Salud, al rendir cuentas ante el órgano central en este caso el nivel central de la CCSS. Esta situación provoca en los equipos de salud insatisfacción al centrar sus funciones en:

- a) Enfoque de su trabajo cotidiano centrado principalmente en el cumplimiento de las metas pactadas en el compromiso de gestión.
- b) Incremento en labores administrativas como el llenado de documentación para cada actividad e informes de actividades para evidenciar que las acciones desarrolladas responden a los compromisos de gestión y contar con presupuesto para el año siguiente.
- c) Desmotivación por cuanto el comprador (nivel central) delimitan las acciones y prioridades para el nivel local (proveedores) por lo que inhiben la creatividad y la innovación en las respuestas que se brindan a la población.

- d) Atención basada en respuestas con una visión curativa y discontinua propias del modelo biologista y asistencial, que no responde al modelo de atención integral participativa y de responsabilidad social en la construcción de la salud de la población del Área.
- e) Fortalece un vínculo Área de Salud-poblaciones meta de dependencia, refuerza la apatía y el no compromiso en la construcción social de la salud.
- f) Incongruencia entre la capacidad instalada en el Área de Salud y las exigencias en las respuestas que exige el compromiso de gestión a la población

Esta situación anotada crea dilemas éticos y políticos a las y los miembros del Área de Salud en general, al manifestarse de acuerdo y reconocer las demandas y necesidades en salud de las poblaciones meta e iniciar un proceso para su atención. Por un lado se les exige institucionalmente definir los problemas, necesidades y las respuestas en salud que se requieren, pero por otro el contrato normativo denominado "Compromisos de Gestión", restringen tomar en cuenta los intereses y las particularidades de la población adscrita al Área de Salud Goicoechea II.

Por otro lado, a pesar de lo anterior la gestión en salud cumple con las funciones fundamentales de la planificación, control y evaluación dirigidas a implementar estrategias de fortalecimiento y seguimiento en cuanto al cumplimiento de las Normas de Atención Integral en Salud a las personas, que de alguna manera guían el accionar de los EBAIS en el Área de Salud.

En este sentido los procesos de gestión deben permitir al Área de Salud encauzar las necesidades y las demandas hacia soluciones integrales para un desarrollo humano. La dirección del área, la coordinación del área, el equipo de apoyo deben asesorar y orientar para la ejecución de las acciones en salud, dar seguimiento a las condiciones de trabajo de los EBAIS y realizar evaluaciones de su desempeño en búsqueda del mejoramiento en la producción de servicios de salud en el Área de Salud.

Así la incidencia del ambiente intermedio en las posibilidades de actuación del Área de Salud, está en poder de orientarse a una serie de factores que influyen en el proceso de prestación de servicios de salud.

El espacio operativo de la residencia práctica permitió conocer la manera como se pretende fortalecer el primer nivel de atención en la CCSS a través de la readecuación del modelo de atención integral en un área de salud, a partir de un proceso de descentralización administrativa; como la condición indispensable para lograr mejorar la gestión, y por ende brindar servicios de salud en el ámbito local con calidad. De hecho el área de salud de Goicoechea II, surge a partir de esta necesidad del sistema de salud y del sustento de la equidad, la universalidad, el acceso y la calidad de las acciones en salud.

4.2 Características del Ambiente Interno del Área de Salud Goicoechea II.

El análisis de los elementos fundamentales del ambiente interno del Área de Salud tales como: procesos de trabajo, la estructura organizativa, la tecnología, las personas miembros y los procesos organizacionales (el poder, la comunicación, el conflicto, la toma de decisiones), permite comprender los procesos que se desarrollan para producir los servicios de atención en salud, identificar la verdadera misión de la organización, más allá de la expresada en el texto oficial y los diversos intereses de quienes toman decisiones político-estratégicas es relevante en este ambiente. En el estudio de lo que sucede en la gestión administrativa del Área de Salud Goicoechea II se requiere partir de los objetivos, metas y prioridades de atención expresadas en sus planes de acción, así como tomar en cuenta la complejidad y heterogeneidad del entorno.

4.2.1 La Misión del Área de Salud Goicoechea II:

La misión y las metas de los servicios sociales son la expresión de su razón de ser y se fundamentan de acuerdo con las condiciones económicas, políticas y sociales de su entorno inmediato.

Según su plan operativo 2004, la misión oficial del Área de Salud de Goicoechea II es la siguiente:

MISIÓN

“Brindar atención en salud física, mental, social y ambiental a tiempo y de calidad al individuo, y la familia, dando énfasis a la promoción, prevención, curación y rehabilitación involucrando activamente a la comunidad”.

Como se observa el enunciado de la misión es muy general y puede corresponder a cualquier Área de Salud lo que muestra la necesidad de especificar la razón de ser real del Área de Salud de Goicoechea II de acuerdo con las características sociales, económicas y culturales de la población sujeta de atención. La misión como marco general de acción, debe establecerse para actuar como una expresión precisa de resultados por alcanzar, según las demandas y necesidades en salud que enfrentan las poblaciones meta.

Respecto a las metas propuestas para el año 2004, según el PAO del Área de Salud Goicoechea II, la prioridad esta centrada en relación con el desempeño de lo pactado en el Compromiso de Gestión, para lo cual es necesario cumplir con:

- Organización interna de los servicios para cumplir con las metas pactadas en el Compromiso de Gestión.
- Elaboración y análisis del presupuesto del Área de Salud.

- Revisión y análisis de las prioridades a seguir en la atención a las personas según compromiso de gestión
- Aumentar la cobertura de grupos etareos considerados prioritarios según el compromiso de gestión.
- Aumentar las acciones de Promoción y Prevención de la Salud de acuerdo a lo establecido en el compromiso de gestión.

En dichas metas, se señala la mejora en el acceso a los servicios de salud a la población a través del aumento de cobertura de grupos etareos prioritarios, lo que obedece en muchos casos a las limitaciones que impone la misma normativa institucional. Esta meta junto con la que se refiere al aumento de acciones de promoción y prevención de la salud se puede decir que son las únicas que coinciden con las áreas críticas señaladas de acuerdo a las causas de consulta frecuentes de las poblaciones. Las otras a pesar de que identifican como valores la atención integral, son metas generales y que se han convertido en la cotidianeidad del Área de Salud y de una realidad organizacional interna, donde la población se visualiza como recurso para obtener información y dar con la meta cuantitativa del compromiso de gestión.

La normativa institucional tiene reglamentado el acceso de los y las usuarias usuarios a los servicios de salud. Existen poblaciones en condiciones de riesgo que no cuentan con esa posibilidad y deben someterse a investigaciones u optar por otras formas de aseguramiento dado que no reúnen los requisitos institucionales para acceder a los servicios.

Esta situación revela de alguna manera una visión parcializada de la participación de las poblaciones meta en el acceso a los servicios de atención en salud, la cual es incompatible con la perspectiva de la gerencia social por cuanto no permite que los actores de la sociedad civil se posicionen en su papel de ciudadanos de derecho y no se evidencia una comprensión como responsables en la producción del servicio de salud.

Las metas dan noción de un conjunto de valores y creencias que sirven a intereses de diferentes grupos como son los miembros de la organización, las poblaciones meta, grupos externos a la organización en relación a salud, Comités de Salud, Junta de Salud entre otros y, a presiones del entorno tales como los lineamientos en materia de la Política Social y del Plan Nacional de Salud, por lo tanto, la razón de ser del Área de Salud se ve obligada a perseguir diferentes directrices y a maximizar el uso de recursos escasos.

Las metas definidas en el plan anual operativo del Área de Salud 2004, representan un desafío para enfrentar las dificultades en cuanto a los escasos recursos que se asignan, se constituyen en la expresión precisa de resultados por alcanzar de acuerdo con las necesidades de salud que enfrentan las poblaciones meta del área de Salud.

Las metas que el Área de Salud como ente desconcentrado se plantea deben ser para reorientar los recursos institucionales hacia las verdaderas necesidades de salud de las poblaciones meta. Por ejemplo, el impulso de acciones socioeducativas promocionales y preventivas acerca de enfermedades tales como las diarreas, el dengue, el saneamiento ambiental y el como fomento de estilos de vida saludables que influya en la satisfacción del usuario al producir mejoras sustantivas en la salud.

Las metas del Área de Salud deben sustentarse entonces en la premisa del modelo readecuado de acercar los servicios de salud a las poblaciones meta, partir de los principios rectores de la seguridad social, de universalidad, equidad y solidaridad; en razón de una atención integral oportuna, que garantice la optimización de los recursos según necesidades reales de las poblaciones.

4.2.2. Estructura Organizativa como soporte de los servicios del Área de Salud Goicoechea II:

La estructura organizativa es un ordenamiento deliberado, cuyos criterios cambian con el tipo de organización, y la tecnología que se utilice.

Según Hasenfeld (2000:18), “ las organizaciones al servicio del hombre, desarrollan una estructura burocrática que contiene elementos como, la autoridad la cual tiene base legal y racional y se distribuye de manera jerárquica, las responsabilidades por las decisiones de operación se delegan en varias unidades de trabajo, se especializan las funciones y las posiciones se formalizan y, se uniforman muchas actividades y las reglas que son de aplicación general controlan la conducta del personal”.

Ante esto, el Área de Salud de Goicoechea II como organización gubernamental, guarda características de la estructura organizativa burocrática, la cual se caracteriza por ser lineal y vertical, con una jerarquía de la autoridad, los subordinados pueden entender las relaciones de autoridad y por tanto recibirán las órdenes y directivas de un solo superior. Es lineal por existir entre el superior y los subordinados líneas directas y únicas de autoridad y responsabilidad. Es una organización con distribución piramidal, la autoridad de mando esta centrada en el médico director del Área de Salud, las líneas de comunicación son formales y hay centralización de las decisiones, como se observa en el organigrama del Área de Salud. (Ver Anexo N° 6).

La estructura organizativa del Área de Salud, no responde a la complejidad y heterogeneidad de lo social. Siendo una organización lineal no esta acorde con las modificaciones rápidas y constantes del entorno, lleva implícita la rigidez y que las jefaturas de servicios sean generalistas y portadoras de todas las decisiones y mandatos que vienen del nivel central de

la CCSS y sean a su vez las transmisoras de las informaciones que vengan del nivel operativo del Área de Salud. Esto no corresponde al enfoque de organización que refleje ser dinámica, flexible y participativa en su espacio interior, como lo requiere el modelo readecuado de atención integral.

Por tanto, el sistema de estructura del Área de Salud se caracteriza por ser burocrática, vertical, rígida e incongruente con el enunciado de su misión; esta no evidencia ser una unidad desconcentrada y no permite la participación activa de las poblaciones meta en el proceso de construcción social de la salud, a pesar de que incluye a la Junta de Salud como ser la representante de las poblaciones usuarias de los servicios.

La estructura del Área revela de que manera se da la distribución del poder en el nivel estratégico, en el cual se encuentra ubicada la dirección y administración; en el nivel gerencial se identifica el equipo de apoyo y en el nivel operativo los EBAIS, esto para el I nivel de atención, y como se observa en el organigrama, están representados los servicios que corresponden al II nivel de Atención, con sus respectivas coordinaciones., esto por cuanto en el Área de Salud coexisten interrelacionados ambos niveles de atención.

Las funciones básicas de la estructura que da soporte a los servicios en el Área de Salud deberían de estar condicionadas por la misión y por las tecnologías de intervención en salud que se utilizan, con el propósito de producir mejores condiciones de salud a las poblaciones meta, regular el ejercicio de la autoridad-poder y el control sobre la conducta de las personas miembros.

Al interior de la estructura coexisten estructuras prestadoras de los servicios de salud como los EBASIS y, estructuras que cumplen funciones de apoyo y auxiliares a las tareas sustantivas como el Equipo de Apoyo. Este último no se encuentra representado en el organigrama.

La estructura del Área de Salud, como organización prestadora de servicios, debe enfrentar desafíos relacionados con las necesidades de salud de sus poblaciones meta y su dinámica organizacional para adaptarse y ajustarse a través del tiempo y de acuerdo con su entorno social, cultural, económico, político y tecnológico. Esto exige contar con estructuras diversas y flexibles que promuevan la autonomía para enfrentar situaciones de incertidumbre y asumir responsabilidades de un entorno complejo.

La estructura de un Área de Salud desconcentrada, debe ser flexible, innovadora y participativa de tal forma que tenga mayor posibilidad del manejo de la incertidumbre, de relaciones heterogéneas con una diversidad de intereses (funcionarios de salud, poblaciones meta, comités, grupos externos y Junta de Salud entre otros), comunicación fluida y efectiva para la realización de proyectos de promoción y prevención de la salud, con decisiones oportunas y en un ambiente en donde se trabaja para el éxito y alcance de metas.

A pesar de que la estructura del Área de Goicoechea II es congruente con el sustento legal de la Política Nacional de Salud, no concuerda con el modelo integral de la gerencia social porque su estructura debe dirigirse por proyectos que cumplan objetivos específicos, siendo apropiada una estructural matricial con trabajos por equipos para favorecer contactos horizontales que faciliten los procesos y brindar una atención de calidad a las poblaciones meta.

4.2.3 La Gestión del Área de Salud Goicoechea II

El componente gerencial en el Área de Salud debe integrar las distintas partes y elementos de la construcción social de la salud e interrelacionarlos con el ambiente intermedio y micro, en los cuales se construye y actúa realizando funciones como son la planificación, organización, control y evaluación.

La gestión de los servicios de salud esta enfocada hacia los procesos de la atención integral en salud, la cual debe caracterizarse por ser abierta, dinámica, contar con insumos, y con una relación permanente con el entorno organizacional. Debe constituir un eficiente mecanismo de asignación de recursos para cumplir funciones técnicas y económicas en la prestación de servicios, lo que le permita obtener legitimidad social.

La residencia práctica por medio de la técnica del grupo de discusión permitió identificar que los EBAIS participantes, consideran que las decisiones concuerdan con el dominio organizacional del Área de Salud, es decir se relacionan con la atención integral en salud a las personas; contribuye a promover el uso eficiente de los recursos y a otorgar una respuesta a las necesidades y/o problemas de salud de las poblaciones meta.

Los miembros participantes de los EBAIS refieren que esas decisiones que los afectan son tomadas en el seno del Consejo Gerencial integrado por jefaturas de servicios, coordinadores del primer nivel de atención (Área de Salud) y del segundo nivel de atención (Clínica).

También manifiestan que en ocasiones el Director Médico o la Administración, es quien que toma decisiones individualmente, para luego comunicarlas y/o negociarlas con los respectivos jefes de servicio. Indican que el canal empleado para bajarlas a los EBAIS es a través de la

coordinadora del I nivel de Atención y/o jefes de servicio, esto conlleva a que se den diferentes interpretaciones de los emisores y receptores que afecta no solo el trabajo sino también las relaciones entre el personal de los distintas disciplinas. Señalan que pocas veces se analiza y decide en equipo en razón de que las decisiones vienen ya definidas, solo para que se ellos las ejecuten.

La gestión de los EBAIS del Área de Salud en su proceso de trabajo, toma decisiones en relación directa con la atención integral de la salud de la población y dirige su accionar hacia mecanismos para el desarrollo de sus funciones.

Las características del proceso de trabajo de los EBAIS se pueden ver en el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 7

Área Salud Goicoechea II: Características Proceso Trabajo de los EBAIS 2004

Proceso Trabajo EBAIS	Insumos	Tipo información requerida	Salidas	Receptores
<p>Planificación: Elaboración de planes de acción trimestrales según compromiso de gestión, de acuerdo a: Actividades de atención a usuarios, promoción de la salud, prevención de enfermedades, evaluación de planes. Elaboración de planes de acción para construir el ASIS del sector a partir de identificar los problemas prioritarios de la población para orientar la atención integral a las personas y participar de la construcción del ASIS del área de salud.</p>	<p>Información de situación de salud según EBAIS. Información de atención en salud según programa y criterios de calidad. Plan de Atención Integral a las personas. Normas de Atención Integral a las personas. ASIS del Área de Compromiso de Gestión 2004. Encuesta de</p>	<p>Coberturas y criterios de calidad pactados en Compromiso de Gestión. Población adscrita al Área de Salud por sectores. Distribución de la población según sexo y edad. Censo de Organizaciones Sociales. Fechas de</p>	<p>Consolidado de coberturas e información de salud del sector. Consolidado de la atención en salud del sector según programa de atención, indicadores y criterios de calidad. Evidencias de las actividades de promoción de salud y participación social.</p>	<p>Equipo de Apoyo, Coordinadora del Área de Salud. Director Médico del Área de Salud.</p>

<p>Coordinación con otros actores sociales que favorezcan la atención integral de su sector.</p> <p>Elaboración de informes trimestrales para el seguimiento y el control del avance de metas según lo pactado en el compromiso de gestión por su sector.</p> <p>Sub-proceso de Acciones Operativas: Acciones de atención integral a la salud a la población de su sector en los diferentes ambientes (familiar, comunal, educativo, laboral, y los servicios de salud). Promoción y participación en los procesos destinados al desarrollo de la educación en salud y participación social a partir de las necesidades detectadas, para garantizar que los diferentes actores sociales se involucren en la construcción social de la salud.</p> <p>Recoger y registrar información local pertinente para el sistema de información en salud.</p>	<p>Satisfacción de los usuarios</p> <p>Visión y Misión del Área de Salud.</p>	<p>visitas de supervisión a EBAIS.</p> <p>Plan de Atención Integral a las Personas.</p> <p>Identificación de necesidades de capacitación y asesoría por cada EBAIS</p> <p>Lugares y fechas para actividades de promoción de la salud.</p> <p>Programación y ejecución de actividades educativas en salud.</p> <p>Informes de avances de metas por cada EBAIS.</p>		
--	---	---	--	--

López Xinia (2004). Residencia Práctica. Gestión de los EBAIS, Área de Salud Goicoechea II.

Específicamente en el proceso de gestión interesa destacar que la atención en salud parte de la concepción de un proceso de construcción social, y toma en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial de los diferentes grupos sociales por su vínculo directo con la calidad del servicio de salud brindado a las poblaciones meta.

El dominio organizacional del Área de Salud se operacionaliza en la gestión, porque se refiere a la atención integral enfocada hacia el desarrollo de

responsabilidades y de potencialidades tanto individuales como colectivas de las personas, e incluye actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Con el propósito de ahondar en aspectos de la gestión de los EBAIS del Área de Salud, de acuerdo a lo tratado en el grupo de discusión se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro N° 8
Área Salud Goicoechea II: Fortalezas, Debilidades y
Sugerencias mejora Gestión EBAIS Área de Salud.
Marzo-Abril, 2004.

Fortalezas	Debilidades	Sugerencias para mejoras
<ul style="list-style-type: none"> -Equipos básicos completos con experiencia técnica y profesional. -Preocupación centrada en el Compromiso de Gestión. -Capacidad para trabajar metas grupales -Identificación con el trabajo y con la población de su sector a cargo. -Con interés de mejorar su desempeño. -Interés en capacitarse continuamente para mejorar 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta más asesoría y acompañamiento del Equipo de Apoyo según demandas de los EBAIS. -No se cumplen fechas de reuniones internas y hay poco tiempo destinado a la planificación en equipo. -No hay un trabajo en equipo, cada quien aporta desde su disciplina de forma individual. -Roces entre miembros de EBAIS por recibir información de diferentes fuentes (jefaturas y coordinadora de I nivel). 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor participación del Equipo de Apoyo. -Cumplir con la programación y cronograma de reuniones. -Crear espacios para fortalecer el funcionamiento de los EBAIS como equipo. -Trabajo y participación equitativa de todos los miembros del EBAIS. -Fortalecer la comunicación entre los miembros -Mejorar los sistemas de comunicación entre la coordinadora, jefaturas y EBAIS.

su gestión.

-Aceptación e interés de contar con la asesoría del Equipo de Apoyo.

-Mejorar comunicación entre miembros de los EBAIS y el Equipo de Apoyo.

-Mejorar la toma de decisiones con buena comunicación y relaciones con dirección, jefes de servicios y la administración.

-Demanda de trabajo centrado en atención de la consulta cotidiana mas que en acciones de promoción y prevención.

-No recursos de apoyo para las visitas a la comunidad por parte de la administración.

-Tiempo limitado para participar con la comunidad en otras acciones que no estén en el compromiso de gestión y sean demanda de la población.

-Las decisiones se toman por la jefatura de cada disciplina y no en el seno de cada EBAIS.

-Carga de trabajo administrativo que resta tiempo para planificación y evaluación de resultados.

- No suficiente experiencia en acciones de prevención, promoción y participación social en salud.

- Aumento de demanda de servicios de la población por el mismo modelo de atención integral a pesar del no crecimiento de recursos humanos y materiales.

-Cada EBAIS solo conoce su sector, no el área de salud.

-De los EBAIS solo a los médicos(as) se les incluyo para el Curso de Gestión.

-No hay un curso para los ATAPS y Auxiliares de Enfermería.

-Realizar un sistema de evaluación de objetivos y metas.

-Ser tomados en cuenta a la hora de la toma de decisiones por parte de la dirección y coordinación del área, además de jefaturas.

-considerar en la toma de decisiones las características de cada sector de población a cargo de cada EBAIS.

-Mantener procesos de capacitación en temas que apoyen su gestión como equipo y no solo por disciplina.

- Prioridad a la elaboración no solo del ASIS de cada sector, sino al del Área de Salud y darlo a conocer.

	<p>- No todos manejan la reforma de salud y el funcionamiento del modelo readecuado en salud.</p>	<p>-Que los ATAPS y Auxiliares de enfermería tengan opción a cursos de capacitación en Reforma de Salud, Compromiso de Gestión, Planificación estratégica y otros que apoyen la gestión en salud.</p>
--	---	---

López Xinia (2004). Residencia Práctica. Gestión de los EBAIS. Área de Salud de Goicoechea II.

Los EBAIS participantes manifiestan que se hace necesaria una evaluación objetiva del funcionamiento de cada equipo, cumplir lo programado e identificar un sistema de evaluación por objetivos y metas acordes a las características de la población de su sector, los recursos disponibles, el apoyo del Equipo de Apoyo, las jefaturas, la dirección, administración y la coordinación del área, "que se pongan de acuerdo".

También a partir de la experiencia de la discusión grupal, los miembros de los EBAIS manifestaron su preocupación e interés prioritario para la elaboración del ASIS de su sector y del área como un instrumento para determinar necesidades reales de la población, además de no solo clarificar la misión del Área de Salud, sino ser construida por ellos y los diferentes actores de la organización de forma mas participativa y mas realista, la planificación de las metas reales en salud y que exista una supervisión a los EBAIS mas constante y efectiva, como medio para motivar para un trabajo de calidad hacia las poblaciones meta, que haya mayor participación en la toma de decisiones y no solo tener parte en la ejecución.

El Área de Salud, como ente desconcentrado, genera acciones que permiten atender las situaciones de salud de la población a su cargo, en un contexto heterogéneo. En la gestión en salud se requiere abordar los

problemas y/o necesidades a nivel biopsicosocial en equipo, por lo que se hace imprescindible desarrollar un proceso de gestión en equipos a través del fortalecimiento de los Ebais, en la formación de verdaderos equipos gerenciales, apropiados de su marco de pensar, actuar y decidir.

Por otro lado, los procesos de conducción gerencial en salud requieren de apropiarse de la misión y de los objetivos organizacionales, de comprender y fortalecer la estructura organizativa y de mejorar el rol de los miembros de la organización para la toma de decisiones en el proceso de atención en salud.

4.2.4 La Gestión de los EB AIS: proceso fundamental de toma de decisiones para la atención integral de la salud en el Área de Goicoechea II

La gestión en los servicios de atención en salud es compleja, heterogénea, y de alguna forma mantiene la interrelación con los diferentes procesos organizacionales del área de salud, define las acciones esenciales para producir y distribuir la atención en salud frente a las poblaciones meta y opera para transformarlas.

Esto exige un amplio conocimiento del funcionamiento del área de salud, sus relaciones con el entorno, las demandas y necesidades de las poblaciones meta, de la conducta de las personas sujetas de la acción profesional, los intereses de las personas miembros de la organización sin obviar los factores ambientales que determinan las múltiples situaciones sociales.

Como espacio organizacional el área de salud tiene una diversidad de procesos que se llevan a cabo para la atención integral en salud, esto la traduce en un sistema complejo, heterogéneo, que involucra diferentes miembros de la organización caracterizado por distintas profesiones y tecnologías de intervención.

Es así como los procesos de atención de la salud enfermedad y sus múltiples determinantes, amerita de procesos organizativos de trabajo que superen la acción de un trabajo disciplinar que evité precisamente que la salud sea vista como una suma de partes, de saberes parciales, desintegrados, que definen perfiles de funciones con tareas parciales y que a su vez segmentan la realidad, y convierten la atención en territorios disciplinares impenetrables y excluyentes. Con esta visión fragmentada se pierden posibilidades de la atención integral.

Para una verdadera atención integral se requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, con un abordaje desde percepciones múltiples pero integradas para comprender la realidad, y poder dar respuestas mas acertadas a las necesidades de la población.

El proceso de gestión implica para los EBAIS internamente un trabajo en equipo a su interior, luego entre ellos y su equipo de apoyo, y las jefaturas de servicio, para ser más integrales y acertados en sus decisiones de cara a la atención integral.

De este modo el área de salud requiere de procesos gerenciales donde haya flexibilidad, ya que la jerarquizacion y subordinación entre disciplinas y su expresión en el ejercicio del poder, constituye un obstáculo para el trabajo en equipo. El poder es para promover el cambio, el enriquecimiento mutuo y no para ejercer dominación de unos sobre otros.

Se requiere el ejercicio de una gestión integral, flexible y fluida de una organización con estructuras planas, más horizontales, comunicación abierta, entre integrantes del equipo, que favorezca la apropiación colectiva de conocimientos ya existentes en los integrantes y la generación de nuevos conocimientos en el contexto de la intervención.

Todo esto cobra sentido dentro de las áreas de salud, como la necesidad de que tanto los EBAIS como el Equipo de Apoyo, se perciban y actúen como verdaderos equipos interdisciplinarios con compromiso para la mejora de la calidad con la participación, ya que favorece el desempeño individual y de la organización.

Fundamental decir que los EBAIS como equipos tienen una identidad propia, definida desde su quehacer básico en salud, que los distingue de otros grupos en la medida en que están más próximos a la realidad local, y sus tareas diarias los hacen operar como lo definen Guzmán y otros (1997) como termómetros de las condiciones de vida y su impacto en la salud de la población.

Además los EBAIS como equipos interdisciplinarios, están determinados por el carácter de formalización organizativa, su relación con el equipo de apoyo, la comunidad y otras instancias, al igual que la conciencia que tenga como equipo, sobre su actuación social, su efecto en la población específica. Necesitan articularse entre sí, con otros grupos y la comunidad para legitimarse ante la población que atienden.

De este modo los participantes en el grupo de discusión manifiestan que para que exista una toma de decisiones más participativa como equipos es necesario que haya:

- Compromiso de los miembros
- Definir cambios en el dialogo de todos los miembros
- Solicitar asesoría al Equipo de Apoyo del área de salud
- Evaluar las estrategias tomadas modificando debilidades para convertirlas en fortalezas minimizando las amenazas.
- División del trabajo entre miembros del equipo
- Delegar responsabilidades

- Apoyo de jefaturas para facilitar toma de decisiones.

Y que de acuerdo a lo anterior dichas decisiones se deben ejecutar según:

- Acuerdos tomados en equipo
- Conociendo límites de cada profesional
- Compartiendo decisiones tomadas en equipo.

Lo anterior viene a fortalecer la gestión de los EBAIS que va en función de cumplir con los indicadores del compromiso de gestión del Área de Salud, y que determina acciones operativas a cumplir, estas se observan en el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 9

Área Salud Goicoechea II
Indicadores de Organización y Prestación del Compromiso de
Gestión, 2004.

OBJETIVO	CODIGO	INDICADOR	APLICA	PUNTAJE	META
1. Contribuir a mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida de las personas con esta patología	011011	Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año, con criterio de calidad	SI	40	
	011021	Cobertura de atención integral en personas de 65 años y más, con criterios de calidad.	SI	40	
	011032	Porcentaje de personas hipertensas atendidas, con criterios de calidad.	SI	40	
1. Mejorar la detección temprana y contribuir a mejorar la salud de los diabéticos y la calidad de vida de las personas con esta patología	021011	Cobertura de detección temprana del diabético e hipertenso	SI	20,0	DM
			SI	20,0	HTA
	021021	Cobertura de personas diabéticas atendidas con calidad	SI	40,0	
	021032	Porcentaje de personas diabéticas atendidas, con criterios de calidad.	SI	40,0	
1. Contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad prevenible por tumores malignos	031011	Cobertura de mujeres con citología vaginal por grupos de edades	SI	80,0	
1. Disminuir los eventos de morbimortalidad generados por estas patologías	041011	Vigilancia epidemiológica a nivel local	SI	40,0	
	041021	Identificación y control de los pacientes con tuberculosis	SI	40,0	

OBJETIVO	CODIGO	INDICADOR	APLICA	PUNTAJE	META
1. Reducir la tasa morbilidad y mortalidad materna e infantil	051011	Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año, con criterios de calidad	SI	20,0	
	051021	Cobertura de atención integral de niños y niñas de uno a menos de seis años , con criterios de calidad	SI	20,0	
	051031	Cobertura de vacunación con DPT, Polio, Hepatitis y H. Influenza	SI	20,0	
	051041	Cobertura de vacunación con SRP	SI	10,0	
	051051	Cobertura de atención de niños y niñas en escenario escolar	SI	20,0	
	051061	Cobertura de atención integral individual en adolescentes, con criterios de calidad	SI	20,0	
	051071	Cobertura de tamizaje de adolescentes	SI	20,0	
	051081	Cobertura de atención odontológica preventiva	SI	20,0	
	051091	Cobertura de atención prenatal con criterios de calidad	SI	20,0	
	051101	Cobertura de atención post-parto con criterios de calidad	SI	20,0	
	051112	Porcentaje de Atención Prenatal de riesgo, con criterios de calidad en el segundo nivel.	SI	20,0	
6. Mejorar la detección, notificación y el abordaje de la violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar	061011	Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar	SI	30,0	

OBJETIVO	CODIGO	INDICADOR	APLICA	PUNTAJE	META
1.Optimizar la red de servicios de salud para brindar atención oportuna, aumentar la resolutiveidad , mejorar la continuidad de atención y optimizar los recursos	081011	Red de servicios de salud	SI	80,0	
1. Proteger la salud de las personas y del ambiente, así como, fortalecer el cumplimiento de la normativa institucional.	091011	Certificación de saneamiento básico y ambiental	SI	10,0	
	091021	Certificación en gestión de la salud ocupacional	SI	10,0	
	091031	Certificación de una oficina de contraloría de servicios de salud	SI	10,0	
	091041	Certificación de monitoreo de satisfacción de usuarios	SI	10,0	
	091051	Certificación del funcionamiento de una Junta de Salud	SI	10,0	
	091061	Certificación de la calidad de los expedientes de salud y de la información estadística	SI	10,0	
1. Fortalecimiento del proceso de planificación local	101011	Plan Estratégico local de servicios de salud	SI	50,0	
	101021	Eficiencia en el Gasto	SI	15,0	
	101031	Análisis del Costo con base en el sistema de Información Gerencial (SIG)	SI	15,0	
	101042	Análisis del tiempo de espera por especialidad en el segundo nivel de atención	SI	40,0	

OBJETIVO	CODIGO	INDICADOR	APLICA	PUNTAJE	META
1. Dar la seguimiento a la oferta de servicios, en relación a los productos finales (egresos-consultas) teniendo como base criterios de oportunidad de la atención y accesibilidad	111012	Producción del segundo nivel de atención	SI	100,0	
				1000	

Fuente: Plan Anual Operativo. Área de Salud Goicoechea II. 2004.

Estos indicadores del compromiso de gestión, son la dirección sobre la cual se planifica el trabajo de los EBAIS, y son a su vez supervisados en forma trimestral por el Equipo de Apoyo en los 10 sectores del Área de Salud Goicoechea II. En este proceso se revisa la meta pactada, el avance y la calidad alcanzada; de ser necesario se toman medidas correctivas para que el servicio de salud brindado sea oportuno y eficiente.

La supervisión realizada responde de alguna manera, a la necesidad de organizar la información y planificar las acciones para brindar servicios integrales y de calidad; y no solamente, para evaluar el compromiso de gestión.

Respecto a esto fue importante conocer las percepciones de los miembros (as) de los EBAIS participantes en el grupo de discusión, respecto a cuales consideran son las funciones del equipo de apoyo y, a su vez como los miembros del Equipo de Apoyo definen sus funciones. La información obtenida se presenta en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 10

Área Salud Goicoechea II: Percepciones EBAIS y Equipo de Apoyo acerca Funciones de un Equipo de Apoyo.

EBAIS	EQUIPO DE APOYO
<p>Apoyar y fortalecer las acciones de los EBAIS.</p> <p>Conocer necesidades de cada sector de población.</p> <p>Orientar a los EBAIS en la solución de problemas.</p> <p>Asesorar en la toma de decisiones.</p> <p>Capacitar a los EBAIS en temas diversos sobre su gestión.</p> <p>Dar apoyo al EBAIS en los procesos de atención integral.</p> <p>Planear estrategias para mejorar atención integral.</p> <p>Corregir fallas y dar seguimiento a los programas de atención integral.</p>	<p>Asesorar, guiar, supervisar acciones de los EBAIS para cumplir metas.</p> <p>Discutir, asesorar, opinar, concertar en diferentes temas de interés y toma de decisiones gerenciales y planes de desarrollo de cada EBAIS.</p> <p>Recomendar con base en el análisis realizado a cada situación o puesta en práctica de un plan de trabajo de cada sede de EBAIS.</p>

López Xinia (2004). Residencia Práctica. Gestión de los EBAIS. Área de Salud Goicoechea II.

De acuerdo a lo anterior tanto los EBAIS como los miembros del Equipo de Apoyo, coinciden en la necesidad para ambos de una labor conjunta de apoyo, asesoría, coordinación y comunicación abierta.

También es importante destacar que los miembros de los EBAIS participantes definen que es un Equipo de Apoyo y como el Equipo de Apoyo, se define a si mismo, esto se aprecia en el siguiente cuadro:

La Percepción de los EBAIS y del Equipo de Apoyo sobre que es un equipo de apoyo, se aprecia en el siguiente cuadro de presentación de información:

CUADRO N° 11

Área Salud Goicoechea II: Percepción EBAIS y Equipo de Apoyo acerca de las funciones de un Equipo de Apoyo.

Percepción de los EBAIS	Percepción del Equipo de Apoyo
<p>Grupo compuesto por jefaturas de todos los servicios, especializadas en diferentes campos para que apoyen la gestión de los EBAIS en la atención integral.</p> <p>Guía y colaboradores en las tareas de los EBAIS.</p>	<p>Grupo de personas de diferentes áreas del conocimiento que se unen para aportar soluciones a los problemas y retos de la atención integral.</p> <p>Miembros heterogéneos académicamente con una visión compartida y homogénea acerca de las situaciones a asesorar.</p> <p>Dan asesoramiento y apoyo.</p> <p>Buscan el análisis y consenso para la toma de decisiones.</p>

López Xinia (2004). Residencia Practica Gestión de los EBAIS. Área de Salud Goicoechea II.

Los EBAIS perciben al equipo de apoyo desde de la posición jerárquica que ocupa en la organización, lo miran como integrado por especialistas dentro de la organización y lo liga una relación de asesoría, coordinación y capacitación, que de alguna manera contribuye sustancialmente a su gestión.

Fortalezas, Oportunidades, Demandas y Amenazas del Área de Salud de Goicoechea II.

En síntesis la residencia práctica en el Área de Salud Goicoechea II permitió conocer las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de los procesos de gestión de los EBAIS que se desarrollan en ella, las cuales se resumen a continuación:

Fortalezas

- La política de salud dirige su accionar hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención, para acercar los servicios de salud a la población. Esto con acciones de prevención, promoción de la salud, la participación social.
- El Modelo Readecuado de Atención en Áreas de Salud, tiene como misión garantizar una atención integral, continua y de calidad a la población adscrita.
- Con el Modelo Readecuado de atención en Áreas de Salud, se pretende fortalecer la gestión local en el manejo de presupuesto, recursos humanos y financieros.
- A nivel institucional la gestión en las Áreas de Salud, se plantea con el fin de motivar y orientar para el desarrollo de trabajo en equipo y lograr un ambiente laboral óptimo para brindar una atención integral de la salud; se busca identificar necesidades de recursos a partir del trabajo en conjunto con el EBAIS a fin de facilitar la disposición de insumos necesarios para la realización de las actividades programadas.
- Los EBAIS son la puerta de entrada de la población a los servicios de salud del área, tienen la tarea de elegir tecnologías para la atención.
- Los EBAIS gestionan desde el área de salud para redistribuir recursos a través de dar servicios de atención integral de mejor calidad, con el acompañamiento del equipo de apoyo, la dirección y otros servicios.

Oportunidades

- La gestión de los EBAIS como proceso de toma de decisiones gira en torno a la producción de la atención integral de la salud de la población adscrita.
- La visión integral del modelo de atención en salud tiene implicaciones en la participación de las poblaciones meta, permite trascender la concepción de salud como fenómeno individual, para considerarla como un fenómeno colectivo afectado por las relaciones sociales.
- El dominio organizacional del área de salud fundamentado en la atención de la atención integral de acuerdo al entorno cambiante.
- El fortalecimiento de la gestión local para la toma de decisiones más acorde a las necesidades y demandas de las poblaciones meta.

Debilidades

- La misión del Área de Salud es genérica, puede corresponder a cualquier unidad de salud; se hace preciso definir la razón de ser de acuerdo con las características sociales, económicas y culturales del área de Salud de Goicoechea II, por cuanto la misión como marco general de acción debe surgir para actuar como una expresión precisa de resultados por alcanzar según las demandas y necesidades en salud que enfrentan las poblaciones meta en el Área de Salud.
- La estructura organizativa del Área de Salud, representa una organización lineal que no responde adecuadamente a las modificaciones rápidas y constantes del entorno, lleva a la rigidez y a que las jefaturas se vuelvan generalistas y portadores de todas las decisiones y órdenes que vienen del nivel central de la CCSS. No responde al modelo readecuado de atención integral.
- A pesar de planificar las acciones en salud no siempre se cumplen debido a los recursos insuficientes, falta apoyo de administración en dotar de recursos, falta experiencia y herramientas en planificación.

- Los EBAIS trabajan en pro del logro de metas pactadas en el compromiso de gestión como prioridad, lo que conlleva desmotivación ya que no siempre se cumplen las metas y su trabajo gira alrededor de esto.
- La gestión se ve limitada por las dificultades de comunicación entre niveles de toma de decisiones.
- La gestión se obstaculiza la existir estructuras rígidas y relaciones de obediencia entre jefaturas y subordinados. Obstaculizan el trabajo en equipo.

Amenazas

- La calidad de la intervención en salud depende, categóricamente de la calidad del vínculo que el Área de Salud establezca con sus poblaciones meta y de la identificación real de necesidades en salud por atender.
- Las metas como conjunto de valores y creencias sirven a intereses de diversos grupos: funcionarios, poblaciones meta, comités, junta de salud entre otros, y a presiones de su entorno como la Política Social y el Plan Nacional de Salud; por lo tanto, la razón de ser del Área de Salud se ve obligada a perseguir metas múltiples y a potenciar el uso de recursos escasos.

El análisis de la gestión en salud en el Área de Goicoechea II, revela que el quehacer administrativo se encuentra determinado por la normativa en salud vigente en el país; sin embargo, en la práctica el proceso no apunta a fortalecer la atención en salud desde la concepción de un proceso de construcción social, que toma en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial de los diferentes grupos sociales y su vínculo directo en la calidad del servicio de salud brindado a las poblaciones meta.

Además la atención integral se centra en una de sus componentes, la consulta asistencial dejando de lado su énfasis como lo dicta el modelo

readecuado, en acciones de promoción de la salud, estableciendo un versus atención integral - promoción de la salud, no resuelto desde la implantación de la reforma. Desde la definición de las exigencias de los Compromisos de Gestión, los planes de acción de los EBAIS, la exigencia esta puesta en los porcentajes mas altos a la atención asistencial. Como bien lo expresan los EBAIS en los grupos de discusión, se evalúa la cantidad, no la calidad, y todo esta centrado en el numero de consultas logradas.

De acuerdo a lo anterior, el Área de Salud mantiene las características de las organizaciones burocráticas, a pesar de ser concebidas dentro de un modelo de atención integral, donde se requiere de una organización con flexibilidad en sus relaciones, toma de decisiones, abierta a los cambios de su entorno con una estructura organizativa mas plana, que permita una toma de decisiones fluida. Situación que ha 7 años de creación del Área de Salud, siendo esta la primera en surgir a partir de la desconcentración de una clínica metropolitana, no ha superado las condiciones impuestas por el anterior modelo biomédico de salud.

CAPÍTULO V

PROPUESTA GERENCIAL: FORTALECIMIENTO GESTIÓN DE LOS EBAIS DEL AREA DE SALUD GOICOECHEA II.

En este apartado se expone una síntesis de las principales consideraciones pertinentes en relación con los resultados de la experiencia de la residencia práctica, respecto a la gestión de los EBAIS en el Área de Salud de Goicoechea II, para luego dar paso a la propuesta gerencial.

El proceso de reforma de salud y particularmente uno de sus componentes, la Readequación del Modelo de los Servicios de Salud en nuestro país, proponen orientar el enfoque de los servicios hacia la atención integral en salud de acuerdo a la estrategia de atención primaria, con una concepción biopsicosocial del proceso salud enfermedad, promoviendo acciones de atención, promoción y prevención de la salud dirigidas hacia las personas, la familia, el entorno con la participación de diferentes actores sociales para la construcción social de la salud.

La atención integral es el nuevo paradigma de la gestión al transformar procesos del trabajo, manejo y contratación de recursos humanos y financieros, para lo cual se requiere de una gerencia proactiva y propositiva que responda a los cambios de la política de salud.

Entre los cambios planteados con la puesta en marcha del Modelo Readequado de los Servicios de Atención Integral en Salud, están:

- Desconcentración de servicios con autonomía administrativa y financiera.
- Importancia de la conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios.
- Definición de nuevas funciones por niveles de atención.
- Planificación estratégica y la participación social como ejes de su gestión.

Desde las áreas de salud, los EBAIS son los actores de cambio, el núcleo tecnológico, eje de la gestión que articula que produce y procesa acciones para producir servicios de atención integral de salud, con otros actores internos y externos a la organización.

La residencia práctica permitió establecer que los EBAIS del Área de Salud de Goicoechea II, enfrentan diferentes debilidades en su proceso de gestión las cuales se presentan a continuación:

- a) Toma de decisiones centralizada en los servicios de dirección y administración del área de salud.
- b) Dificultades para compartir la información entre jefaturas y la coordinación del I Nivel de Atención, se dan diversas interpretaciones.
- c) Problemas de poder entre jefaturas de disciplinas y coordinación del I Nivel de atención que afecta la comunicación con los EBAIS.

Las situaciones antes anotadas obstaculizan que la gestión de los EBAIS sea fluida, coherente y que se pueda planificar las acciones cotidianas de atención a los usuarios de los servicios. Crea roces entre los miembros al darse diferentes informaciones provenientes de las autoridades del área de salud y con diversas interpretaciones que influyen en el trabajo.

De igual manera los procesos de toma de decisiones y los mecanismos de coordinación existentes no son el soporte sustantivo necesarios para la gestión de los diferentes niveles, así como la definición de canales de apoyo, control y evaluación para las acciones que se desarrollan.

Esto hace necesario que se establezcan en el área de salud entre los niveles gerencial (dirección), estratégico (equipo de apoyo) operativo (EBAIS), canales formales de comunicación aceptados y reconocidos por los actores,

además de una clara definición de funciones y del proceso de toma de decisiones, acordes al modelo readecuado de atención, donde se proponen estructuras organizativas planas eliminando las diversas jerarquizaciones para propiciar mas agilidad al tomar decisiones y una comunicación mas expedita entre equipos de trabajo en el área de salud.

Respecto a otras debilidades definidas que atañen más al trabajo de gestión de los EBAIS están:

- Los EBAIS se sienten solo ejecutores operativos de las decisiones de los otros niveles de decisión.
- La Gestión de los EBAIS es limitada por la no participación en toma de decisiones con otros niveles.
- Falta información clara sobre alcances del compromiso de gestión.
- Énfasis del trabajo de los EBAIS en cumplir con metas de la consulta de atención asistencial.
- Faltan herramientas para planificar, dar seguimiento y evaluar.
- Se evalúa la cantidad más que la calidad.
- Ausencia del trabajo en equipo tanto para los EBAIS como el Equipo de Apoyo.
- La participación del Equipo de Apoyo es muy limitada en tiempo y en influencia en las acciones de los EBAIS.

Estas situaciones denotan que la gestión de los EBAIS se caracteriza por un activismo centrado en cumplir metas del compromiso de gestión, aislada de lo que contiene el ASIS y por ende el plan operativo del área de salud. De ahí que

los miembros de los EBAIS y del Equipo de Apoyo no encuentren conexión en acciones planificadas y coordinadas en correspondencia y coherencia con las demandas de la población.

A pesar de que el trabajo interdisciplinario en el Modelo Readecuado es una estrategia para dar servicios de atención integral, desde los EBAIS y del Equipo de Apoyo hay falta de espacios de concertación para funcionar en la interrelación de los saberes.

De acuerdo a lo anterior un producto agregado resultante de la residencia practica es el diseño de la propuesta de fortalecimiento, considerando que la mejora del proceso de gestión de los EBAIS con el apoyo de los otros niveles de toma de decisiones impactara positivamente en dar énfasis a los cambios planteados por el Modelo Readecuado de Salud, al promover la atención integral, con acciones no solo de atención, sino del fomento de la promoción y prevención de la salud.

Por tanto, para ese esfuerzo de coherencia y correspondencia de la gestión de los EBAIS acorde al Modelo Readecuado, se plantea la construcción de tres marcos interactivos marco de pensar, decidir y actuar, los cuales guiarán el proceso de gestión de los EBAIS en pro de la Atención Integral de la Salud, en el Área de Salud Goicoechea II.

Para operacionalizar esta propuesta los responsables de la conducción requieren compartir ciertos principios orientadores, momentos metodológicos, postulados teóricos y prácticos y del manejo de la estrategia de negociación que la postulante propone con las diferentes partes interactuantes del proceso como un todo.

5.1 PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA PROPUESTA:

- Se parte de un concepto de gestión como un proceso dinámico, reflexivo e interactivo que orienta, apoya y construye condiciones para el desarrollo de habilidades y compartir responsabilidades en los equipos de salud para asegurar la atención de la salud integral en el Área de Salud Goicoechea II.
- Supone la construcción colectiva de un equipo de trabajo en la dimensión gestión la cual parte del respeto de reglas asociadas a ciertos momentos que integran el proceso, sin las cuales la apropiación colectiva de lo que se está construyendo conjuntamente no resultaría.
- Para fortalecer la gestión de los EBAIS en la toma decisiones es necesario desarrollar y propiciar la construcción de equipos efectivos, estos como mecanismos de cambio y aprendizaje en la organización, para que haya apropiación colectiva, siendo este el enriquecimiento permanente de la capacidad conceptual, metodológica del conocimiento por parte de los talentos humanos del Área de Salud.
- Los EBAIS son una forma eficiente de estructuración organizacional y de aprovechamiento de habilidades humanas avanzando hacia la pluralidad funcional. Pluralidad con una visión más global y colectiva del trabajo, en que funciones y habilidades individuales adquieren un determinado grado de superposición, reforzando el compartir tareas y de la cooperación para resultados comunes.
- El equipo incentiva el perfeccionamiento individual en habilidades múltiples y una visión interdisciplinaria e interdependiente de las tareas según consenso estratégico de objetivos.
- Según el Proyecto ISNAR “Nuevo Paradigma”, de los autores (Mato y otros: 2001), la gestión institucional es un marco que articula elementos de referencia para orientar e influenciar la forma de pensar, decidir y

actuar del equipo gerencial de una organización. Esto facilita el proceso de tomar decisiones cohesionadas y coherentes.

- La construcción y la apropiación de este proceso parten de que la gestión emerge de la interacción de los participantes en este caso los EBAIS del Área de Salud. Si bien los miembros de los niveles estratégicos como tácticos en este caso Dirección, Coordinación del Primer Nivel de atención y el Equipo de Apoyo, deben de estar no solo informados sino ser participes y mostrar adherencia a los objetivos.

5.2 MOMENTOS METODOLOGICOS DEL PROCESO DE CONDUCCION EN LA CONSTRUCCION DE LA PROPUESTA.

El momento del intercambio.

Regla básica: el conocimiento útil es el conocimiento compartido. Es el momento en que hay un dialogo de saberes, cada participante tendrá su oportunidad de compartir su conocimiento y experiencias relacionadas a la gestión en equipo.

El papel de las facilitadoras: en cada sesión estas deben preguntar a los participantes: ¿que conocimiento y experiencias disponemos, entre todos(as) nosotros(as) sobre la temática que nos ocupa?

Las facilitadoras introducen y conducen a los participantes al proceso de construcción colectiva de la siguiente manera:

- ◆ Exponen la importancia del proceso que se inicia.
- ◆ Hacen la pregunta guía, alrededor de la cual los EBAIS van a desarrollar su esfuerzo intelectual de reconstruir y sintetizar su conocimiento y experiencias previas respecto al tema a tratar en cada sesión de trabajo.
- ◆ Las facilitadoras tendrán como documento base de referencia teórico-metodológica para guiar los ítems que constituyen cada uno de los marcos para pensar, decidir y actuar que se exponen en este apartado el documento Proyecto “Nuevo Paradigma”, “La dimensión de gestión en la construcción de la sostenibilidad institucional de los autores Mato y otros. 2001.
- ◆ Facilitan el proceso de intercambio entre los diferentes miembros de los EBAIS.
- ◆ Hasta este momento las facilitadoras deben compartir y agregar sus insumos sobre el tema.

El momento de la reflexión.

Regla básica: no todo lo interesante es necesariamente relevante. Cuando los participantes sienten que su conocimiento y sus experiencias han sido considerados, los facilitadores negocian criterios para dejar lo relevante, este proceso se ayuda con la elaboración previa de guías de resumen de los aportes.

El momento de la conceptualización.

Regla básica: es necesario explicar lo que estamos comprendiendo. Una vez que se cuenta con los principales aportes de cada sesión de trabajo, para generar comprensión, se parte de la siguiente pregunta: ¿cuales son los significados de cada uno de los insumos seleccionados y sintetizados? Tomar en cuenta si ya existen conceptos sobre cada temática y construir significados.

El momento de la instrumentación.

Regla básica: Los conceptos son útiles si pueden ser aplicados a situaciones concretas. Es necesario que cada concepto propuesto sea traducido en acciones operativas.

El momento de la aplicación.

Regla básica: todo puede y debe ser perfeccionado. La propuesta debe ser experimentada en el contexto de su aplicación. Por esto es importante crear el espacio para validar la propuesta, para su perfeccionamiento.

En este momento las facilitadoras (la postulante y la trabajadora social del área de salud) y los representantes de los niveles gerenciales (director y coordinadora del área de salud) estratégico (equipo de apoyo) y los EBAIS como nivel operativo, deben tener conciencia que este momento de la implementación es un momento de experimentación y validación y deben negociar criterios de seguimiento y evaluar el desempeño de la propuesta.

El momento de la sistematización:

Regla básica: en la práctica la teoría es otra. Las facilitadoras tienen que interpretar lo que está pasando en la práctica para que el aprendizaje nos lleve a perfeccionar la propuesta. Debe establecerse entre facilitadoras y niveles gerencial, estratégico y operativo un pacto ético para dar inicio al sostenimiento.

5.3 POSTULADOS TEÓRICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS MARCOS PARA PENSAR, DECIDIR Y ACTUAR DE LOS EBAIS.

5.3.1 Marco para pensar

El marco para pensar es totalmente autóctono y construido de forma participativa, se reflejan las realidades, las necesidades y las aspiraciones del Área de Salud de Goicoechea II y su entorno.

Esta construcción, apropiación y perfeccionamiento del modelo de gestión del área de salud, emerge del proceso de interacción de los equipos de salud, donde participan activamente. Sin participación no hay posibilidad de que el proceso gestión sea comprendido, respetado y apropiado por todos.

Visión de mundo:

Se requiere identificar y reconocer diferentes visiones de mundo que coexisten en el Área de Salud y como han influido en su desempeño (visión mecánica, económica, y /o holística de mundo). El equipo de salud podrá consensuar cual visión de mundo es pertinente de acuerdo al material teórico que las facilitadoras les dispondrán como insumo. Esta es la primera decisión ética-política que va a influenciar todas las demás decisiones en el proceso de construcción de la gestión de los EBAIS.

Principios orientadores:

Es un especie de regla ética que influencia el comportamiento, y por tanto las decisiones y acciones. Ejemplo: el principio del equipo de salud es la **participación**, sus miembros deben ser coherentes en la práctica de esta regla ética, esto los llevara a tomar decisiones colegiadas y promover procesos participativos en el área de salud. Dichos principios deben ser coherentes con las premisas y promesas de la visión de mundo previamente negociada.

Los participantes guiados por las facilitadoras y monitores definirán de cinco a diez principios que deben cumplirse durante el proceso y formara parte de su trabajo cotidiano en el area de salud.

Los principios funcionan como orientadores en el manejo de resistencias y conflictos, evitan la arbitrariedad gerencial.

Imagen de organización:

Es una metáfora que inspira y genera comprensión sobre lo que es y para que sirve una organización en este caso el Área de Salud. La imagen del Área de Salud esta asociada a la visión de mundo que negocie el equipo gerencial.

Ejemplo:

La imagen de organización como maquina corresponde a la visión mecánica de mundo, la visión de organización como proveedora corresponde a la visión económica de mundo y la imagen de organización como facilitadora de cambio y de desarrollo corresponde a la visión holística de mundo. La facilitadora (la postulante) compartirá con el grupo material bibliográfico como insumo para ser analizado como apoyo al trabajo colectivo.

Conceptos esenciales:

En la organización la mayoría de los talentos humanos usa diariamente las mismas palabras, pero no se apropia de los mismos significados. Es importante que los EBAIS, seleccionen los conceptos críticos asociados a su quehacer institucional que darán coherencia al pensamiento gerencial en el área de salud.

La postulante para efectos de este trabajo plantea como palabras de uso frecuente que se utilizan en el área de salud, las referentes a la Reforma de Salud en su componente Readecuación del Modelo de Atención en Salud, para esto se tomaría como base la documentación de base teórica apuntada en el apartado de la bibliografía de este informe final de residencia practica.

Ejemplos de conceptos esenciales para ser construidos y reconstruidos y apropiados por los participantes:

- ✓ Modelo Readecuado de Salud,
- ✓ Atención Integral en Servicios de Salud,
- ✓ Área de Salud,
- ✓ EBAIS,
- ✓ Equipo de Apoyo,
- ✓ Compromisos de gestión,
- ✓ Trabajo en equipo, interdisciplinariedad, multidisciplinariedad,
- ✓ Misión, visión, metas, objetivos, valores.

Enfoques de referencia:

Un enfoque es un marco abierto, que articula ciertos elementos de referencia, que genera una sinergia importante a la medida que un mayor número de ellos es adoptada.

El equipo gerencial del área de salud, debe negociar los enfoques teóricos que pasaran a formar parte de su práctica gerencial. Este debe reflejar las premisas y compromisos asociados a la visión de mundo previamente negociada.

Si la visión de mundo adoptada ha sido la visión holística de mundo, el enfoque sistémico debe estar presente en su modelo de gestión.

Ejemplos de conceptos esenciales para ser construidos y reconstruidos y apropiados por los participantes:

- ✓ Modelo Readecuado de Salud,
- ✓ Atención Integral en Servicios de Salud,
- ✓ Área de Salud,
- ✓ EBAIS,
- ✓ Equipo de Apoyo,
- ✓ Compromisos de gestión,
- ✓ Trabajo en equipo, interdisciplinariedad, multidisciplinariedad,
- ✓ Misión, visión, metas, objetivos, valores.

Enfoques de referencia:

Un enfoque es un marco abierto, que articula ciertos elementos de referencia, que genera una sinergia importante a la medida que un mayor número de ellos es adoptada.

El equipo gerencial del área de salud, debe negociar los enfoques teóricos que pasaran a formar parte de su práctica gerencial. Este debe reflejar las premisas y compromisos asociados a la visión de mundo previamente negociada.

Si la visión de mundo adoptada ha sido la visión holística de mundo, el enfoque sistémico debe estar presente en su modelo de gestión.

5.3.2 MARCO PARA DECIDIR:

La toma de decisiones para la gestión refleja la coherencia y consistencia del equipo de salud, aquí es importante definir los procesos relevantes, mecanismos de toma de decisiones, los sistemas de apoyo. El marco para decidir debe estar siempre supeditado al marco para pensar.

Procesos relevantes:

Los procesos relevantes del área de salud, en donde los EB AIS tienen una actuación decisiva, de alguna manera ya están definidos de acuerdo al Modelo Readequado de Atención en Servicios de Salud, pero se hace necesario nuevamente reconstruir sus significados desde los participantes, y como ha sido su operacionalización desde la práctica cotidiana, estos son:

- ASIS del sector y del área de salud,
- Planes de trabajo,
- Metas pactadas del Compromiso de Gestión,
- Avances de metas,
- Asignación de recursos,
- Seguimiento,
- Evaluación,
- Desarrollo de talentos,
- Trabajo en equipo,
- Participación social,
- Comunicación con el nivel estratégico y el gerencial,
- Supervisión recibida y otros que definan los participantes.

En este proceso es importante revisar las funciones y las responsabilidades definidas de acuerdo a los documentos oficiales instituidos por la C.C.S.S. y la experiencia concreta de los participantes de los diferentes niveles de toma de decisiones (nivel gerencial, estratégico y el operativo), en cada uno de estos procesos definidos como relevantes.

Esto ayudara a establecer los grados de compromiso y de apoyo existentes y si requieren cambios, para que los equipos de cada nivel de toma de decisiones sean consistentes y sean percibidos por los actores internos y externos del Área de Salud.

Mecanismos para la toma de decisiones:

Todo proceso de gestión cuenta con mecanismos institucionales en que se toman decisiones críticas y deben responder a las interrogantes de:

¿Cuales son los mecanismos ya existentes en cada proceso relevante?

¿Están estos procesos en sintonía con los elementos orientadores definidos en el marco para pensar?

¿Son los mecanismos existentes suficientes para que los EBAIS puedan aplicar los elementos de referencia del marco para pensar en su toma de decisiones?

Es importante entonces que los participantes:

A cada proceso relevante ya definido, con sus funciones y responsabilidades por nivel de toma de decisiones del área de salud, los equipos de salud deben abocarse a la tarea de analizar si con los mecanismos institucionales existentes para la toma de decisiones son suficientes, funcionan, son coherentes, pertinentes o hay que generar cambios y plantearlos.

Ejemplo:

Es necesario preguntarse si el Área de Salud tiene definido un sistema integrado de planificación, seguimiento y evaluación, y si estos mecanismos de articulación definidos son espacios concretos para la toma de decisiones.

Del análisis de los mecanismos para la toma de decisiones debe ser coherente con sus procesos relevantes, y por consiguiente con el marco para pensar.

Sistemas de apoyo a la toma de decisiones:

Es necesario que el Área de Salud como organización cuente con algún tipo de sistema de apoyo a la toma de decisiones. Uno de los más comunes es un sistema de planificación, seguimiento y evaluación del sistema de información gerencial. La información se ha convertido en el recurso estratégico para la toma de decisiones gerenciales, pero que sea precisa y oportuna.

Para el Área de Salud y sus diferentes actores en la toma de decisiones, y en especial para los EBAIS, es necesario considerar la reconfiguración o creación de los sistemas de apoyo a la toma de decisiones, para que sean coherentes con elementos del marco para pensar.

Por ser una tarea fundamental es importante el compromiso de los diferentes niveles de toma de decisiones, pero en especial de los representantes gerenciales y estratégicos en coordinación estrecha con el Servicio de Registros de Salud e Informática, que de alguna manera registran la información que se produce en el área de salud en forma cotidiana.

Una vez definido el marco de pensar y decidir, los cuales tienen que guardar coherencia y consensuados en el grupo de participantes los documentos finales de compromiso se procederá a construir el marco de actuar.

5.3.3 MARCO PARA ACTUAR

Toda organización actúa mediante procesos operativos, que traducen, en el nivel de la acción, sus diferentes marcos: filosófico, conceptual, metodológico. Entonces la construcción del marco para pensar y decidir es condición necesaria, pero no suficiente, para que sean garantía que aquellos sean practicados en el nivel operativo. Ahora si, una vez negociados el marco de pensar y decidir, es necesario negociar el marco para actuar.

Los EBAIS, requieren aumentar la posibilidad de que las acciones de su organización sean coherentes con las decisiones gerenciales tomadas, que reflejen su marco de pensar.

Para que haya coherencia entre el marco gerencial y las acciones institucionales, se hace necesario revisar, y si es necesario cambiar los procesos de ejecución de las actividades del Área de Salud, así como los mecanismos y los sistemas de apoyo al proceso operativo.

Procesos operativos relevantes:

El área de salud como organización actúa por medio de un modelo de intervención, el cual no está explícito, no es coherente, y por tanto no permite a los actores de la organización ser coherentes con el modelo de salud actual. Se conoce que a pesar del cambio en el modelo de atención a partir de 1998, en el Área de Salud, todavía subyace el enfoque biomédico de la salud, caracterizado por la atención disciplinar, eminentemente biológica, centrado en la enfermedad. Es necesario entonces establecer los cambios que serán necesarios para determinadas normas y procedimientos, los cuales deben ser formalizados por el área de salud, para que sea garantía de que lo propuesto en el marco de pensar y decidir se puede materializar en el marco para la acción. Y acorde al Modelo Readecuado de Servicios de Atención Integral con su enfoque basado en los diferentes determinantes del proceso salud- enfermedad, con las estrategias de atención primaria.

Ejemplo:

Tecnologías de intervención de los EBAIS con poblaciones meta socioeducativas, asistenciales, preventivas, promocionales de acuerdo al modelo de atención integral. Fomentando el trabajo en redes con otros actores sociales del contexto donde actúa el Área de Salud. Esto como responsabilidad no solo de los EBAIS, sino también del Equipo de Apoyo y de los niveles gerenciales por parte del Área de Salud.

Mecanismos para la ejecución:

No existen procesos sin mecanismos para su funcionamiento. Las preguntas guías son:

¿Qué son los mecanismos institucionales existentes, asociados a cada uno de los procesos operativos relevantes de los EBAIS?

¿Qué facilitan o dificultan la realización de acciones operativas congruentes con las decisiones tomadas por los EBAIS?

¿Son suficientes, o es necesario crear nuevos?

¿Qué cambios hacer en sintonía con decisiones tomadas por los EBAIS?

Sistemas de apoyo a la toma de decisiones:

Los sistemas que apoyan la toma de decisión también apoyan la ejecución de acciones. Así el sistema de planificación, seguimiento y evaluación es uno de estos sistemas con múltiples funciones. Los EBAIS y el Equipo de Apoyo y los representantes del nivel gerencial necesitan revisar estos sistemas y referir para su transformación y cambio en el Área de Salud. Esto para lograr que las acciones operativas y las decisiones sean coherentes.

Aquí es importante para los EBAIS, el Equipo de Apoyo y el nivel Gerencial del Área de Salud, revisar la información que se genera en la construcción del ASIS de cada sector y del área, compromiso de gestión, fichas técnicas, normas de atención integral, presupuesto del área, PAO, estadísticas de Redes, normativas en salud.

Cada uno de estos procesos debe ser revisado constantemente, y con los cambios del entorno que con la elaboración de los ASIS de cada sector y del área, los equipos de salud como un todo pueden detectar los cambios en el entorno relevante y operar cambios en las tecnologías de intervención dirigidas a las poblaciones meta.

5.4 CONTENIDO DE LAS SESIONES GRUPALES DE ACUERDO A LOS TEMAS A ABORDAR SEGÚN EL MARCO DE PENSAR, DECIDIR Y ACTUAR.

Sesión N° 1

Introducción.

Bienvenida y presentación de los participantes.

Encuadre del trabajo a realizar en las sesiones grupales.

Tema: Imagen del Área de Salud.

Objetivo: Que los participantes definan su imagen de la organización y sus características como Área de Salud.

Preguntas generadoras:

¿Como define el área de salud?

¿Que características tiene el área de salud?

¿Cuales son las diferencias entre una clínica y el área de salud?

¿Que es un EBAIS?

¿Cuales son sus características y funciones?

Sesión N° 2

Tema: Atención Integral de Salud.

Objetivo: Que los participantes definan su concepción de la atención integral en salud y los alcances para su trabajo cotidiano.

Preguntas generadoras:

¿Como definirían atención integral en salud desde su experiencia?

¿Como se organizan los miembros de los EBAIS para dar atención integral en salud?

¿Como se conocen las necesidades de la población a su cargo?

¿Como se establecen las prioridades de atención en salud a la población?

¿Que es un Equipo de Apoyo?

¿Que funciones tiene el Equipo de Apoyo?

Sesión N° 3

Tema: Planificación del trabajo

Objetivo: Como los participantes de los EBAIS planifican su trabajo para cumplir con los objetivos de su plan de trabajo.

Preguntas generadoras:

¿Que funciones cumplen los EBAIS, en relación con la población que atiende?

¿Como se organizan para definir sus planes de trabajo?

¿Que fortalezas y debilidades identifican en su trabajo cotidiano?

¿Cómo construyen el ASIS de su sector y del Área de Salud?

¿Que conocen del Compromiso de Gestión del área de Salud y como influye en su trabajo cotidiano.

Sesión N °4

Tema: Mecanismos para la toma de decisiones.

Objetivo: Conocer la opinión de los participantes sobre los mecanismos que emplean para la toma de decisiones en su trabajo cotidiano y en el Area de salud.

Preguntas generadoras:

¿Como planificamos el trabajo con la participación de todos los miembros del Equipo Básico en Salud?

¿Como hacemos para que la toma de decisiones sea más participativa?

¿Que podemos hacer para una toma de decisiones mas efectiva y eficaz?

¿Como llevamos a la practica las decisiones tomadas en equipo?

¿Como se ejecutan dichas decisiones?

Sesión N° 5

Tema: Sistemas de Apoyo a la toma de decisiones

Objetivo: Conocer la opinión de los participantes sobre los sistemas de apoyo para la toma de decisiones en su trabajo cotidiano y en el área de salud.

Preguntas generadoras:

¿Conocen los actuales sistemas de apoyo para la toma de decisiones (sistemas de planificación, seguimiento y evaluación)?

¿Son estos sistemas de apoyo efectivo y de soporte a su gestión?

¿Que cambios proponen para su mejoramiento y/o fortalecimiento?

Sesión N° 6

Tema: Procesos operativos relevantes

Objetivo: Analizar cuales son los procesos operativos relevantes en la gestión de los EBAIS, acordes al Modelo Readechado de Servicios de Atención Integral.

Preguntas generadoras:

¿Cuales son las formas actuales de atender a la población meta según sus problemas de salud?

¿Estas maneras de dar respuestas a las demandas y necesidades de las poblaciones meta son coherentes con el Modelo Readechado de Atención Integral en Salud?

¿Identifique cada proceso operativo relevante en su quehacer como EBAIS?

¿Cuales facilitan o dificultan la realización de acciones operativas congruentes con las decisiones que ustedes toman?

¿Son suficientes, o es necesario crear nuevos?

¿Que cambios propone para que haya correspondencia con las decisiones tomadas en equipo?

5.5 POBLACIÓN PARTICIPANTE Y EQUIPO DE CONDUCCIÓN DE LA PROPUESTA.

Participantes:

Los miembros de los EBAIS del Área de Salud son:

- 10 Médicos (as)
- 10 Asistentes técnicos (as) en atención integral (ATAPS),
- 10 Auxiliares de enfermería.

Participantes – Monitores:

Los miembros del Equipo de Apoyo como participantes activos, estos tienen un doble papel, al ser también monitores para que en cada sesión de trabajo grupal faciliten la tarea a cumplir por los EBAIS, estos son:

- Jefatura de Enfermería,
- Jefatura de Registros de Salud,
- Trabajadora Social del Área de Salud (I nivel de atención) (co-facilitadora).
- Coordinadora del I nivel de Atención del Área de Salud.

Facilitadora y co-facilitadora:

- La postulante como facilitadora
- La Trabajadora Social del Área de Salud (I nivel de Atención) como Co-facilitadora.

Otros actores claves del entorno para que aporten una visión externa sobre los tópicos construidos que atañen a la gestión de los EBAIS, y que participarán hasta la etapa de validación e implementación, son

- Trabajadora Social de la Rectoría del Área de Salud de Goicoechea del Ministerio de Salud.

- Jefatura de la Rectoría del Área de Salud de Goicoechea del Ministerio de Salud.

Factores concretos a considerar para apoyar la construcción de la propuesta:

- Recursos de tiempo: 2horas semanales, durante 12 semanas para las sesiones grupales.
- Recurso de materiales, equipos audiovisuales, materiales varios, planta física y otros de apoyo logístico.
- Considerar estrategias de sensibilización y apoyo de los participantes se planteara este trabajo como un curso coordinado con el CENDEISS para reconocimiento de horas para carrera profesional a los participantes y de conducción a las facilitadoras.

Fase de entrenamiento a facilitadores y monitores:

Tanto la postulante como facilitadora principal, la co-facilitadora y los miembros del Equipo de Apoyo como participantes- monitores, tendrán sus sesiones de entrenamiento para sensibilizar y conocer los contenidos teóricos y metodológicos de la propuesta con base en material bibliográfico y planear las posibles guías de trabajo de cada sesión .

La postulante como conocedora y quien plantea la propuesta de fortalecimiento de la gestión de los EBAIS, tendrá la responsabilidad de este entrenamiento. Esto llevara un tiempo de tres horas semanales en las reuniones ya programadas del Equipo de Apoyo, en el mes de setiembre, 2005. Se tomara este espacio negociado como una constante para el planeamiento, seguimiento, evaluación de todo el proceso de la construcción colectiva y luego como una actividad de monitoreo de la puesta en la implementación de la propuesta en la practica cotidiana de los EBAIS.

Se considera al Equipo de Apoyo como nivel estratégico, relevante en este papel por las funciones que cumple de supervisión, Asesoría y monitor de las actividades de los EBAIS en el Área de Salud.

Estructura de las sesiones grupales de trabajo con los EBAIS:

Cada sesión grupal:

- Tendrá un objetivo a alcanzar de acuerdo a los temas.
- Tema generador planteado en pregunta guía, en torno al cual los participantes desarrollarán el esfuerzo intelectual de reconstrucción de sus experiencias, síntesis y concreción en documentos.
- En cada sesión a través de instrumentos de registro la información será sintetizada y consensuada con todos los actores, para obtener propuestas escritas.
- Las discusiones, las reflexiones, los debates, las negociaciones y los acuerdos son parte de la socialización para el cambio en el comportamiento de los EBAIS.
- El proceso dará inicio en el mes de setiembre hasta diciembre, 2005.
- Una vez superado este momento, debe desarrollarse e implementarse una estrategia para validar e institucionalizar este esfuerzo de fortalecimiento de la gestión en el Área de Salud, con fecha de inicio en Enero2006, con cortes evaluativos en forma trimestral.

5.6 ESTRATEGIA DE NEGOCIACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIMIENTO DE LA PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS EBAIS:

La negociación como proceso de comunicación pretende influenciar positivamente la construcción de acuerdos, en este caso la puesta en marcha de esta propuesta. Para lo que es necesario enlazar compromisos entre las distintas partes interactuantes en este proceso, el Nivel Gerencial, (Director del Área de Salud), por el Nivel Estratégico (Equipo de Apoyo) y por el Nivel Operativo (EBAIS).

Este proceso de negociación pretende unificar intereses con sucesivos acuerdos en que a todos interesa y motiva mantener como algo dinámico.

Entre las estrategias a utilizar para sostener el proceso de negociación están:

- Cooperación como la capacidad y disponibilidad para comunicarse entre los diferentes niveles de toma de decisiones del área de Salud ya identificados.
- Trabajo de equipo este visto como un pacto de distribución de trabajo, entre el Equipo Gerencial, los EBAIS y la Dirección del área de Salud.

La postulante como profesional del Área de Salud, en un puesto de jefatura, miembro del Consejo Gerencial, del Equipo de Apoyo y con un contacto directo y constante en acciones gerenciales y operativas con los EBAIS y además facilitadora de la Junta de Salud, tiene la capacidad teórica, metodológica para liderar el proceso de negociación el cual dio inicio a partir de la aprobación de la ejecución de la residencia práctica por parte de la Dirección del Área de Salud.

De acuerdo con Beltri (2000: 62), algunos de los pasos para una negociación efectiva y que resultan útiles para esta propuesta son:

La preparación

- Identificar partes negociadoras
- Establecer necesidades de las partes negociadoras

La interacción

- Calentamiento
- Sondeo
- Establecer alternativas
- Intercambio.

Respecto a las partes negociadoras en primera instancia están la postulante ante la unidad última de decisión del Área de Salud, en este caso el Director. Y se considera al Equipo de Apoyo como a los miembros (as) de los EBAIS partes negociadoras - apoyadoras.

La postulante planteara una negociación distributiva, donde ambas partes negociadoras ganan y comparten frutos.

El siguiente cuadro representa la antesala de los intereses a negociar con la Dirección del Área de Salud y del Equipo Gerencial (conductor). Si previamente se dará a conocer en síntesis los principales resultados de la residencia practica ante las mencionadas partes.

Nuestras necesidades y recursos (Postulante)	Sus necesidades y recursos (Dirección y Equipo Gerencial)
1-Espacio para exponer los resultados de la residencia practica ante partes negociadoras.	1- Conocer los resultados de la residencia práctica y la propuesta gerencial.
2- Aprobación de la ejecución de la propuesta de fortalecimiento de la gestión de los EBAIS.	2- Un equipo gerencial responsable de su ejecución.
3- Apoyo y compromiso de las partes negociadoras para contar con los recursos materiales, físicos y humanos.	3- Que haya mecanismos de comunicación directos con la Dirección, para informar resultados y avances.

Fuente: López, Xinia. Residencia Práctica. 2004.

Respecto a la interacción, este paso es muy importante y siendo la postulante sujeta – miembro de la organización ya existen lazos laborales, además de que se ocupan posiciones estratégicas en relación con los diferentes niveles de toma de decisiones donde se puede influenciar de manera positiva la puesta en marcha. Además la postulante posee el manejo y dominio del diagnóstico situacional construido de manera participativa y colectiva con los EBAIS, Equipo de Apoyo y otros actores de la organización. Lo que da un ambiente propicio y favorable a la propuesta y los anclajes de avance y sostenimiento aun después de la validación.

Entonces es importante recordar que la apropiación colectiva no es un momento posterior al desarrollo del modelo de gestión, este empieza desde que los EBAIS deciden colectivamente construir su propuesta, conjuntamente con el Equipo de Apoyo, y con la adherencia a los objetivos de los representantes del nivel gerencial del Área de Salud. Quienes se

mantendrán involucrados a través de negociaciones de las facilitadoras y el Equipo de Apoyo para contar con su aval.

Tanto los facilitadores como los EBAIS y el Equipo de Apoyo deben negociar criterios para dar seguimiento y evaluar en la marcha el desempeño de la propuesta original. También los facilitadores y monitores deben acompañar a los EBAIS a sistematizar el proceso de la implementación de la propuesta, para identificar lecciones y razones de mejoría. Los EBAIS deben ser actores activos de dicho proceso, además deben respetarlo, practicarlo y perfeccionarlo, contando con la supervisión, Asesoría y acompañamiento del Equipo de Apoyo, este último como puente de comunicación con el nivel gerencial, al cual dará cuenta de avances, obstáculos, cambios en el proceso de gestión.

Para efectos de una calendarización de las actividades en tiempo y responsables que guíen su desarrollo se presenta el siguiente cronograma. (Ver anexo N° 6).

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EXPERIENCIA GERENCIAL

La experiencia de gestión social desarrollada en el Área de Salud Goicoechea II procuro dar respuesta a las siguientes interrogantes del proceso de sistematización:

¿Cómo se elaboro la caracterización del componente gerencial del Área de Salud de Goicoechea II?

¿Que situaciones facilitaron y/o dificultaron la caracterización del proceso de gestión de los EBAIS?

¿Cómo se construyó la propuesta de fortalecimiento de la gestión de los EBAIS del Área de Salud?

¿Que factores facilitaron el diseño de la propuesta de fortalecimiento de la gestión para los EBAIS del Área de Salud?

¿Como fue el proceso de la conducción de la residencia práctica?

A continuación se presentan las respuestas de las interrogantes, de acuerdo a los tres ejes de sistematización definidos en la estrategia metodológica de esta residencia práctica:

- ◆ Situación del ambiente intermedio y micro del Área de Salud.
- ◆ Gestión de los EBAIS.
- ◆ El proceso de conducción gerencial.

Situación de los ambientes intermedio e interno del Área de Salud Goicoechea II

El análisis del componente gerencial del Área de Salud de Goicoechea II permitió definir que la gestión, se desarrolla para la producción y distribución de los servicios de atención integral en salud para las poblaciones meta en diferentes ambientes humanos (familiar, escolar, laboral, comunidad y servicios de salud), y el uso que hacen los sujetos de la acción profesional de su conocimiento y las destrezas para la intervención con acciones de promoción y prevención en salud.

Que las diversas necesidades y carencias en salud de las poblaciones meta de los servicios de atención integral en el Área de Salud Goicoechea II, son la base con la cual hay que trabajar, además sus valores y creencias deben ser tomados en cuenta para que estas cooperen y participen de las políticas y normas existentes en salud y se pueda incluso crear un ambiente de aportes de como atender estos asuntos a nivel del Área.

El Área de Salud Goicoechea II nace con la promulgación de la Ley N° 7852 de Desconcentración y esto le da personería jurídica instrumental en el manejo de presupuesto, la contratación administrativa y el manejo y contratación de los talentos humanos, esto como fundamental para la mejora de la gestión local de este centro de salud.

Además con la implementación del Modelo Readecuado de Atención en Salud en el Área de Salud Goicoechea II, se requiere de cambiar la forma en que se ha producido y distribuido la atención de la salud para lo cual es necesario fortalecer su gestión y que los sujetos de la acción profesional cumplan sus responsabilidades ante las poblaciones metas, incrementando y permitiendo la participación de esta en diferentes espacios como parte de ser responsables de su propia salud.

Las premisas que sustentaron la intervención gerencial, permiten definir al Área de Salud de Goicoechea II como un sistema social heterogéneo,

complejo, abierto y que por tanto establece contacto con su entorno y con sus poblaciones meta; es por eso que para realizar procesos de gestión se requiere tener un acercamiento y comprensión del entorno en que se desarrollan los servicios de salud.

Con la caracterización del componente gerencial del Área de Salud Goicoechea II y del proceso de gestión de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, permitió vincular los procesos sustantivos de la prestación de los servicios de atención integral en salud; no obstante es necesario identificar los procesos relevantes, los mecanismos para la toma de decisiones y los sistemas de apoyo necesarios para la gestión.

El Área de Salud Goicoechea II como ente desconcentrado dirige sus procesos gerenciales de acuerdo con los objetivos y obligaciones señaladas en el compromiso de gestión suscritos cada año con el nivel central de la CCSS, además de la política social en salud y demás normativas institucionales de nuestro país.

En el proceso de gestión de los EBAIS se logró identificar las fortalezas y debilidades como punto de partida para elaborar la propuesta para fortalecer la gestión de estos, como los entes operativos de la atención integral.

Entre las debilidades en el proceso de gestión de los EBAIS están:

- la centralización en la toma de decisiones,
- dificultades en la comunicación para bajar información entre jefaturas de servicios de los EBAIS y la coordinación del primer nivel de atención que genera diversas interpretaciones en los mandatos para operacionalizar la atención integral
- las dificultades para generar trabajo en equipo,
- falta de participación activa del Equipo de Apoyo en el acompañamiento a la labor de los EBAIS;
- evidencia en la no igualdad en la participación en la toma de decisiones por parte de los EBAIS.

Según lo anterior fortalecer la gestión de los EBAIS permitirá:

- facilitar la toma de decisiones por consenso.
- manejar un marco común de pensar, decidir y actuar.
- promover el trabajo en equipo de forma interdisciplinaria y multidisciplinaria.
- tener un acercamiento y comprensión del entorno en que se desarrollan los servicios de salud.
- identificar los procesos relevantes, los mecanismos para la toma de decisiones y los sistemas de apoyo necesarios para la gestión.

En el diseño de la propuesta de fortalecimiento de la gestión a los EBAIS se trabajó a partir de las debilidades identificadas en los procesos que realizan estos equipos de salud y de la lectura del contexto en que el Área de Salud Goicoechea II, desarrolla la producción y distribución de los servicios de atención integral en salud. Todo esto teniendo como marco de referencia el enfoque de sistemas, ya que éste facilita conocer el contexto desde sus ambientes y su interrelación.

Partir para la propuesta de “La Dimensión Gestión” de los autores Mato y otros (2001) tiene como propósito sentar las bases para:

- Que los EBAIS definan un marco de pensar, decidir y actuar común.
- Visualizar las áreas críticas de su gestión.
- Clarificar y definir funciones de cada uno de los niveles de toma de decisiones.
- Definir los procesos relevantes en la atención integral, los mecanismos de apoyo para la toma de decisiones y los sistemas de apoyo del Área de Salud.
- Motiva a la participación e integración de los miembros.
- Estimular el trabajo productivo de los EBAIS.

- Estimula la reflexión y el compromiso individual y del equipo para el logro de alto desempeño de sus labores.
- Manejar el entorno interno y externo de la organización.
- Estructurar formas de acercamiento a las poblaciones meta.

La conducción del proceso de la residencia práctica gerencial fue posible a través de procesos de negociación con los miembros de los EBAIS, del Equipo de Apoyo, de la Coordinación y Dirección del Área de Salud, lo que permitió:

- ◆ Desarrollar un proceso de gestión para comprender el entorno o contexto de actuación del Área de Salud Goicoechea II en que surgen y se producen los servicios de salud, los objetivos organizativos y fortalecer la gestión de los EBAIS.
- ◆ Caracterizar el componente gerencial de los EBAIS en el Área de Salud Goicoechea II, así como y comprender los ambientes intermedio e interno de actuación del Área de Salud.
- ◆ Comprender y analizar la misión, las metas propuestas, la estructura organizativa, las relaciones de poder y de comunicación, profundizar el acercamiento los ambientes de actuación del Área de Salud y facilitó definir los objetivos específicos y las prioridades de la propuesta para fortalecer la gestión de los EBAIS.
- ◆ Demostrar que la gerencia social es una forma de conducción y en segundo termino de fortalecimiento de los procesos de gestión de los EBAIS, para la búsqueda de la efectividad en el alcance de objetivos y metas y el uso de recursos, principalmente en ambientes complejos de negociación entre las poblaciones meta y la organización para atender carencias sociales con una perspectiva humanista de desarrollo social.
- ◆ Para la conductora de este proceso los roles jugados de sujeta cognoscente, actora de la investigación, miembro de la

organización influyeron en y la labor gerencial. Situación que facilitó obtener y transmitir información, negociar espacios de reflexión entre los diversos actores participantes, se promovió la oportunidad de escucha y expresión acerca de como han operado los cambios con el Modelo Readecuado de Atención en Salud, los problemas y oportunidades del entorno, las debilidades y fortalezas de la gestión de los EBAIS, esto como punto de partida para el diseño de la propuesta de fortalecimiento de la gestión de los EBAIS.

- ◆ Permitted the researcher, the timely realimentation to the managerial levels to address identified weaknesses in the process of the discussion groups, such as needs for training for nursing auxiliaries and ATAPS in their understanding of the Health Reform and of its main component the Readjustment of the Model of Attention in Health, a situation that was resolved by incorporating members of EBAIS in the Integral Attention Course. And from the experience as a member of the Support Team to define needs for understanding of the work dimension in the team and of the role of this level of decision-making regarding the management of the EBAIS.

Por tanto, esta residencia practica cumplió con los objetivos académicos y de servicio propuestos por la sujeta – actora, al poner en uso habilidades, destrezas, conocimientos de la Gerencia Social, en un espacio organizacional, para este caso un área de Salud específica, lo que aumentó la capacidad gerencial para actuar en contextos complejos y ser propositiva al formular diagnósticos situacionales y diseñar propuestas de fortalecimiento de mejora en la gestión de servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Ayala, Carvajal y otros. Proyecto reforma del sector salud: Componentes readecuación del modelo de atención. Unidad preparatoria de proyectos. San José, Costa Rica, 1993.

Asamblea Legislativa "Código de la infancia y adolescencia". 1998.

Beltri, Francisc. "Aprender a negociar". Paidós. Buenos Aires. Argentina. 2000.

Bertalanfly, Ludwing Von y otros. Historia y situación de la teoría general de sistemas. Alianza universidad. 1997.

Brenes Adelina y otros "Participación social en el modelo de atención integral en salud" C.C.S.S. 1997.

Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de Atención a la Salud de las Personas. 2001-2006. San José. 2001.

Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Anual Operativo. Área de Salud Goicoechea II. 2004.

Caja Costarricense de Seguro Social. Boletín Informativo. Gerencia de modernización no 41. Enero 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social. Ley N° 7852. Desconcentración servicios de los Hospitales Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. 1998

Caja Costarricense de Seguro Social. Modernización. Información y comunicación. Edición especial. Octubre 2001.

Cambronero, Edwin y otros. “Los compromisos de gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social y su proyección en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez.” Trabajo final de graduación. 2001.

Cascante, Mario, Redondo Patricia y Rojas José Miguel. Implementación de las áreas de salud, Moravia y Goicoechea. Setiembre. 1996.

CLAD.OPS.OPS. Hacia la Implementación de modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. 1998. XII. Concurso de ensayos del CLAD. Ensayos premiados. Washington. DC.

Chaverri Acosta, Rosa Iris y Sánchez, Alba Nidia. Análisis del modelo gerencial Desarrollado por los EBAIS, en el contexto del planteamiento de la reforma del sector Salud Costarricense. Universidad de Costa Rica. Facultad de medicina. Escuela de Salud Pública. Maestría en salud pública. Mención en gestión de políticas de salud. Practica de invención. Informe final. Agosto, 1998.

Delgado, Juan y Gutiérrez, Juan. “Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales.” España: Síntesis Psicología. 1995.

Drucker, Peter F. La Administración en una época de grandes cambios. Editorial Sudamericana. 1999.

Figuroa Rethelny Figuroa y Molina Carlos. Organización y gerencia pública. Instituto de Administración Pública. 1985. San José. Costa Rica.

Fremont. E. Kast., James. E. Rosenzweig. Administración en las organizaciones. Editorial MC Graw-México. 1994.

Guzmán Hidalgo, Ana y otros. Atención integral en salud. C.C.S.S Dirección Técnicas de Servicios de Salud. Departamento Medicina Preventiva, San José. 1994.

Hasenfeld, Yeheskel. Organizaciones al servicio del hombre. Biblioteca de la Salud. Secretaria de Salud. México. Fondo de cultura económica. 1990.

Herrera Zúñiga Elizabeth, 1997. Elementos técnicos y conceptuales que interfieren en el proceso de readecuación del modelo de atención en la Región Huetar Atlántica. "Trabajo final de graduación."

Hodge, Billy Jonson, Herbert. Administración y organización. Argentina: Librería el Ateneo. Editorial.1975.

Jara, Oscar. Para sistematizar experiencias: una propuesta técnica y práctica. Tercera edición. Centro de estudios y publicaciones Alforja. San José, Costa Rica.1994.

Kast, Fremont y Rosenzweig James. Administración en las organizaciones. Un enfoque de sistemas. México. McGraw-Hill.1986.

Kircliner, Alicia. La gestión de los saberes sociales. Algo más que gerencia social. Editorial. Espacio. Buenos aires. Argentina. 1997.

Mancebo del Castillo. El administrativo y su entorno dentro de la administración. Editores Limusa. México. D.F. 1997.

Mato Bode M Santamaría Guerra de Souza José, Cheaz Peláez Juan. Proyecto nuevo paradigma. La dimensión de gestión en la construcción de la sostenibilidad institucional. Mayo, 2001. Serie innovación para la sostenibilidad institucional.

Ministerio de Salud. Ley General de Salud. San José. Costa Rica, 1998.

Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud: 1999-2004. Editorama. San José, 2000.

Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud: 1998-2002. Editorama. San José 1999.

Molina Maria Lorena y Morera Nidia Esther. La gerencia de servicios sociales. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires. Argentina. 1999.

Molina Maria Lorena y Morera Guillen Nidia Esther. Gerencia social de programas de bienestar. Editorial CELATS. Lima Perú. 1998.

Molina Maria Lorena y Morera Nidia Esther. "La comprensión de las organizaciones productoras de servicios sociales desde el paradigma de los sistemas complejo". Artículo en Revista Análisis. Volumen 11. Numero 1. 2000 Puerto Rico.

Morera, Nidia Esther. "El análisis de los servicios sociales. Un modelo alternativo". Artículo en Revista de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. 1996.

Montero Jiménez, Oscar. Análisis de la implementación de la política Readequación del modelo del primer nivel de atención en salud. Caja Costarricense de Seguro Social Instituto Centroamericano de Administración Publica. Tesis: Programa de postgrado en Gerencia Publica de la Salud. San José 1998.

Morera Guillen, Nidia E. La gerencia de organizaciones productoras de servicios sociales. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica. 2001.

Parini Brenes Luis Guillermo. "Grado de desarrollo del modelo readequado de atención en los EBAIS: El Pavón. Medio Queso y Coquitral, del Area de Salud N° 6 de la Región Huetar Norte". C.C.S.S. 1996. Tesina mayo 1997. San José Costa Rica.

Peña Eliana y Montero Félix. Descripción cuanti-cualitativa del proceso de implementación del modelo readecuado de atención en Costa Rica.

Dirección técnica de Servicios de Salud. San José, 1997.

Pizarro Abarca Elizabeth y Sánchez Sánchez Mercedes. Universidad de costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Licenciatura de Enfermería. Informe de Tesis graduación. Evaluación del proceso administrativo en la implementación de los Ebais: Área de Salud del periodo 1993-1999.junio.

Rivera Garita, Eduardo. La eficacia del funcionamiento de los EBAIS del área de salud de aguas zarcas de la región Huetar Norte. CCSS. Instituto Centroamericano de Administración Publica. Tesis de la licenciatura en gerencia de servicios de salud. 1997.

Robbins Stephen, Coulter Mary. Administración. Editorial Prentice-Hall Hispanoamérica, S.A.

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

Sojo, Ana. “La Reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos. UNICEF, San José, Costa Rica, 1997.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Guía de observación participante dirigida diversos miembros de la organización: EBAIS, Equipo de Apoyo, Servicio de Dirección.

Esta guía de observación tiene como propósito observar procesos que intervienen en la gestión de los distintos actores que brindan servicios de atención en salud dentro del Área de Salud de Goicoechea II.

Los aspectos incluidos en esta guía constituyen la temática a observar, registrando datos de manera sistemática, para conocer lo que sucede en los procesos de toma de decisiones en la vida cotidiana en el Área de Salud.

- Trabajo cotidiano de los EBAIS en el área de salud
- Toma de decisiones en el área de salud por parte de la Dirección, Equipo de Apoyo y EBAIS
- Las relaciones entre las personas miembros del área de salud y las poblaciones meta
- Características de la conducción gerencial de la Dirección, Equipo de Apoyo y EBAIS
- Relaciones entre miembros de la organización de diferentes niveles de toma de decisiones

ANEXO N° 2

Guía Entrevista Semi- Estructurada para los Miembros Equipo Apoyo Área De Salud Goicoechea II.

La presente entrevista forma parte de la investigación que realiza la suscrita para elaborar una propuesta para fortalecer la gestión de los EBAIS del area de Salud. Esta dirigida a conocer sus percepciones respecto a como se visualizan siendo integrantes del Equipo de Apoyo y su trabajo alrededor de la atención integral y relación con los EBAIS.

¿Que es el equipo de apoyo?

¿Cuáles funciones tiene el equipo de apoyo?

¿Quienes integran el equipo de apoyo?

¿Cuál es el proceso de toma de decisiones en el área de salud y en el equipo de apoyo en el área de salud (fortalezas y debilidades)?.

¿Cuales acciones debe llevar a cabo el equipo de apoyo para fortalecer el trabajo de los EBAIS?

¿Cuales acciones ejecuta el Equipo de Apoyo en pos de la atención integral?

¿Que es para usted atención integral en salud?

ANEXO N° 3

Guía Entrevista Semi - Estructurada para los Miembros Junta De Salud

La presente entrevista tiene como objetivo conocer sus opiniones acerca del proceso de gestión de los EBAIS del area de Salud. Esta información es confidencial y tiene un valioso aporte para la investigación que realizo, al proponer fortalecer la gestión de los EBAIS.

¿Como perciben la gestión de los EBAIS, del área de salud?

¿Debilidades y fortalezas en esa gestión?

¿Como perciben su gestión como junta de salud?.

ANEXO N° 4

Guía de entrevista semi-estructurada a los miembros EBAIS:

Estimados (as) compañeros (as):

Esta entrevista es parte de la investigación que realizo para plantear una propuesta para fortalecer su gestión como EBAIS en el Area de Salud. Interesa conocer sus percepciones sobre aspectos que toca a sus funciones y actividades como entes operativos de la atención integral. Los datos serán de uso confidencial y para fines de la investigación. Agradezco de antemano su colaboración.

¿Como definiría usted una área de salud y cuales son sus características?

¿Que diferencias anotaría usted, entre una clínica y un área de salud?

¿Como define un Equipo básico de atención integral en salud?

¿Que funciones y características tienen los EBAIS?

¿Que es un equipo de apoyo?

¿Que funciones tiene un equipo de apoyo?

¿Como definiría usted la atención integral?

¿Como se conocen las necesidades de la población por parte del EBAIS?

¿Como planificamos desde el Ebais con la participación de todos sus miembros la atención integral en salud a las personas?

¿Como hacemos para que la toma de decisiones sea más participativa?

¿Que podemos hacer?

¿Como llevamos a la practica las decisiones tomadas en el equipo?

¿Como se ejecutan dichas decisiones?

¿Como es la gestión en el área de salud, sus fortalezas y debilidades?

ANEXO N ° 5

Guía de temas generadores para grupo de discusión para los EBAIS

Sesión N° 1:

Introducción

Bienvenida y presentación de los participantes

Encuadre del trabajo a realizar en las sesiones grupales.

Tema: Imagen del Área de Salud.

Objetivo: Que los participantes definan su imagen de la organización y características.

Preguntas generadoras:

Como define el área de salud

Que características tiene el área de salud

Cuales son las diferencias entre una clínica y el área de salud

Que es un EBAIS

Cuales son sus características y funciones

Sesión N° 2

Tema: Planificación del trabajo

-

Objetivo: Como los participantes de los EBAIS planifican su trabajo para cumplir con los objetivos de su plan de trabajo.

Peguntas generadoras:

Que funciones cumplen los EBAIS, en relación con la población que atiende

Como se organizan para definir el trabajo

Que fortalezas y debilidades identifican en su trabajo cotidiano.

Sesión N° 3

Tema: Atención Integral de Salud.

Objetivo: Que los participantes definan su concepción de la atención integral en salud y los alcances para su trabajo cotidiano.

Preguntas generadoras:

Como definirían atención integral en salud desde su experiencia

Como se organizan los miembros de los EBAIS para dar atención integral en salud

Como se conocen las necesidades de la población a su cargo

Como se establecen las prioridades de atención en salud a la población

Que es un equipo de apoyo

Que funciones tiene el equipo de apoyo.

Sesión N °4

Tema: Mecanismos para la toma de decisiones

Objetivo: Conocer la opinión de los participantes sobre los mecanismos que emplean para la toma de decisiones en su trabajo cotidiano y en el área de salud.

Preguntas generadoras:

Como planificamos el trabajo con la participación de todos los miembros del equipo

Como hacemos para que la toma de decisiones sea más participativa

Que podemos hacer

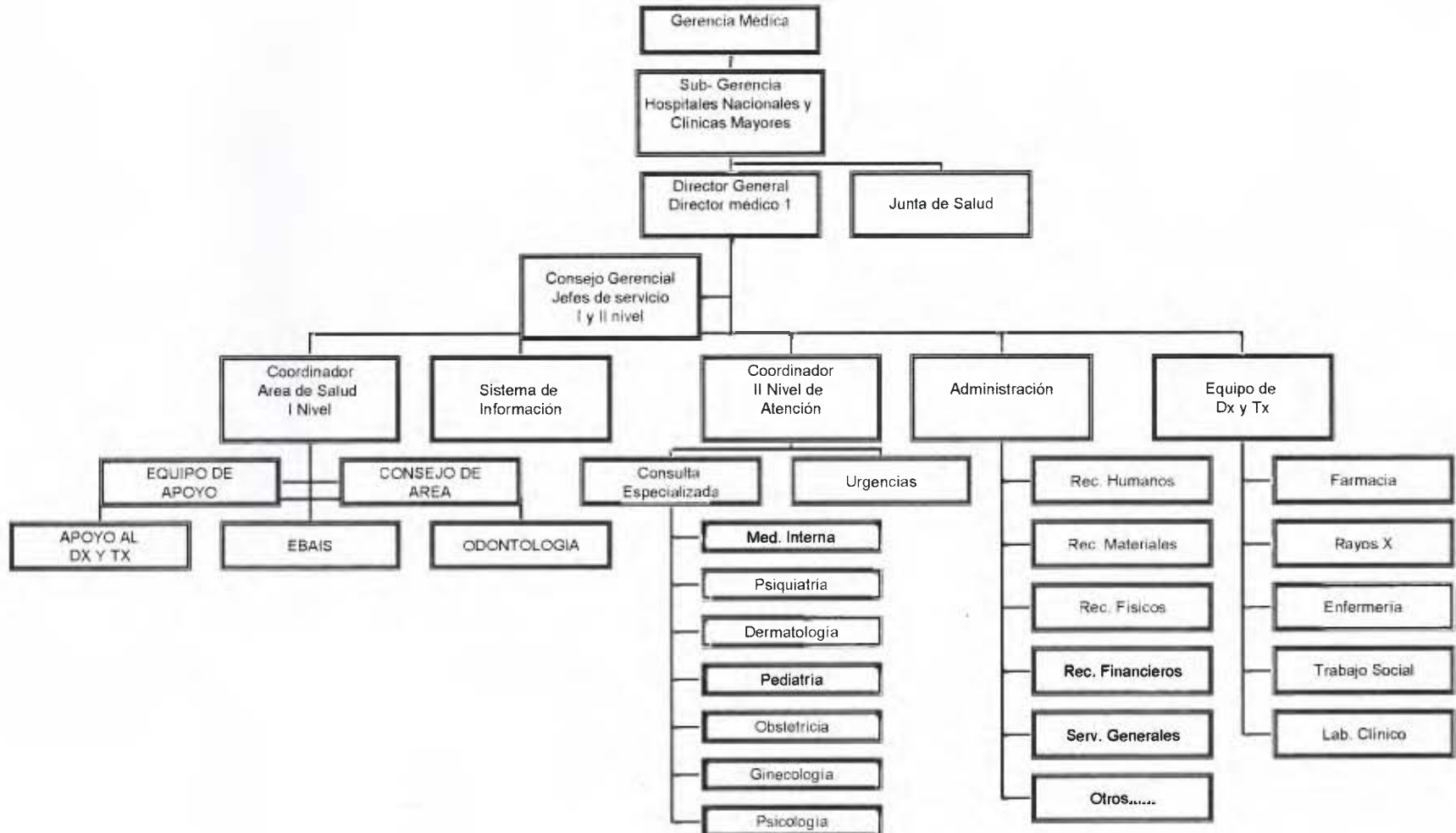
Como llevamos a la practica las decisiones tomadas en equipo

Como se ejecutan dichas decisiones (fortalezas y debilidades)

ANEXO N° 6

Organigrama Área Salud Goicoechea II

ORGANIGRAMA AREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2



ANEXO N° 7
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
TALLER: CONSTRUCCION DE LA GESTION DE LOS EBAIS
AREA DE SALUD GOICOECHEA II. 2005-2006.

ACTIVIDADES	TIEMPO					RESPONSABLES
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero (2006)	
1. Presentación de la propuesta ante : Director del Area Coordinador Equipode Apoyo EBAIS	✓					Postulante
2. Negociación de fechas para la puesta en práctica de la propuesta de fortalecimiento de la gestion de EBAIS	✓					Postulante
3. Coordinacion con Cendeiss para reconocer la actividad del taller para carrera profesional.	✓					Postulante
4. Capacitación a co-facilitadora y Miembros del Equipo de Apoyo como monitores y participantes.		✓				Postulante
5- Planeamiento del taller		✓				Equipo Gerencial
6. Taller: Construccion de la Gestion de los EBAIS.		✓	✓	✓		Equipo Gerencial
7- Implementación y monitoreo.					✓	Equipo Gerencial