

Universidad Estatal a Distancia - UNED
Sistema de Estudios de Posgrado
Maestría en Administración de Servicios de Salud
Sostenible - MASSS

Proyecto de investigación:

**La Participación Comunal
y la Gestión Local de la Salud: el caso del
Area de Salud de Miramar
de Montes de Oro,
Provincia de Puntarenas, en el 2000**

Autor: Guido Barrientos Matamoros

Asesoras: Msc. Grettel Balmaceda
Msc. Marielos Rojas
Msc. Iris María Obando

Setiembre del 2001

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	4
--------------------	---

Capítulo I MARCO CONTEXTUAL

1.1 Antecedentes	6
1.1.1 Reforma del Estado Costarricense y Reforma del Sector Salud	6
1.1.2 Proyecto de Reforma del Sector Salud	8
1.1.3 Modelo Readecuado de Atención	11
1.1.4 Compromiso de Gestión	13
1.1.5 Políticas y lineamientos sobre participación	15
1.1.6 Descentralización o Desconcentración?	18
1.1.7 La participación en el Modelo Readecuado de Atención en Salud	20
1.1.8 Comunidades y participación en salud	23
1.1.9 Características del Cantón de Montes de Oro	25
1.2 Justificación	26
1.3 Planteamiento del problema	27
1.4 Objetivos de la investigación	27
1.5 Formulación de hipótesis	28

Capítulo II MARCO TEORICO

2.1 Estado Democrático y Participación	29
2.2 Concepción de Salud	31
2.3 Gestión Local en Salud	33
2.4 Participación Comunal	34
2.5 Relación entre variables	41

Capítulo III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio	43
3.2 Área de estudio	43
3.3 Universo y muestra	43
3.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos	44
3.5 Fuentes de investigación primaria/secundaria	44
3.6 Componentes de análisis según variables e indicadores	45
3.7 Plan de tabulación y análisis / Cronograma / Resultados esperados	47
3.8 Limitantes	48

Capítulo IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1 Concepto de salud	49
4.1.1 Trabajadores de salud y su concepto de salud	49
4.1.2 Dirigentes comunales y su concepción de salud	51
4.2 Políticas y directrices que promueven la participación comunal en salud	53
4.2.1 Congruencia de las políticas con el área de acción	53
4.2.2 Política Nacional guía acción nacional, regional y local	56
4.2.3 Mecanismos para implementar políticas nacionales	57
4.2.4 Quienes deben convocar y garantizar procesos sociales	57
4.3 Concepción de participación comunal	58
4.3.1 Concepción de participación comunal de los trabajadores de la salud	58
4.3.2 Dirigentes comunales y su concepción de participación comunal	67
4.4 Factores que afectan la participación comunal en salud	71
4.4.1 Factores que motivan la participación comunal	71
4.4.2 Factores que limitan la participación comunal en salud	74
4.4.3 Retos a enfrentar para mejorar participación comunal en salud	77
4.4.4 Resultados del JGP con la Junta de Salud de Miramar	80
4.5 Gestión local en salud: la experiencia del Área de Montes de Oro	81
4.5.1 Características generales	81
4.5.2 Modelo Readecuado de Atención en el Área de Montes de Oro	82
4.5.3 Experiencia del Área de Salud en participación comunal	83
4.5.4 Coordinación en la gestión local en salud	84
4.5.5 Deberes y derechos de los actores sociales	87
4.5.6 Rectoría y participación comunal en la gestión local en salud	88
4.6 Valoración de la participación comunal en la gestión local en salud	88
4.6.1 Limitaciones en la participación comunal	88
4.6.2 La cultura de la participación	89
4.6.3 Negociación y concertación en la gestión local en salud	90
Capítulo V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	91
5.2 Recomendaciones	94
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	98

**La Participación Comunal y la Gestión Local de la Salud:
el caso del Area de Salud de Miramar de Montes de Oro,
Provincia de Puntarenas, en el 2000**

INTRODUCCIÓN

La evolución de la democracia y la salud pública en el mundo ha abierto importantes espacios para experimentar, caracterizar y discutir sobre la participación de diferentes actores sociales y su responsabilidad en el desarrollo los países y en la concreción del bienestar y el progreso colectivo.

En este camino, entre las discusiones generadas y no agotadas, están la relación que existe de la participación con: estructuras y dinámicas de poder, la articulación de lo local con lo global, la reformulación del papel del Estado para el logro de desarrollos locales más autónomos (Nirenberg y Perrone 1990), derechos y obligaciones de los actores sociales, el rol y relación entre Estado - participación ciudadana – mercado y con el combate de las inequidades t la exclusión social.

El rumbo que tome esas discusiones y las políticas que las concreten, tendrán una fuerte repercusión en la forma en que entendemos y actúa el estado y construimos un futuro mejor para todos. La salud es uno de los elementos que esta ayudando a producir bienestar y desarrollo para los pueblos, y que tiene la capacidad de convocar a la participación de las personas, por lo que es un escenario muy valioso para ensayar las ideas, y verificar la efectividad de las políticas que estimulen la participación.

La salud vista como resultado de la construcción colectiva de los niveles de producción y desarrollo alcanzados por la sociedad, requiere un trabajo amplio y en los más diversos aspectos de la vida de las personas, e inclusive que los protagonistas asuman sus responsabilidades. Internacionalmente por medio de la Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, la Declaración de Jakarta sobre la promoción de la salud en el Siglo XXI y la OMS-OPS (Restrepo, 1992), se reconoce que una participación social activa y consiente es una condición vital para ampliar la cobertura de las acciones de promoción, prevención y atención de la salud, superar las visiones reduccionistas, centralistas y burocratizantes, reducir costos y garantizar el cumplimiento de los principios de equidad, solidaridad y universalidad de los sistemas nacionales de salud.

En Costa Rica la apertura que se le quiere dar a la participación es expresada en múltiples documentos de política nacional y de Reforma del Sector Salud, quedando establecido el qué, sin que se termine de definir el cómo lograr una adecuada y real participación social en general y en particular la participación comunal en salud.

Las políticas enunciadas en forma genérica no definen en forma precisa qué es lo que se persigue en materia de participación. Situación que puede ocasionar un vacío en cuanto a la interpretación y aplicación de las políticas ya definidas, que podría derivar en ambigüedad en términos de las acciones concretas que promuevan esa participación, o en

actividades disímiles entre las áreas y unidades sanitarias encargadas de la ejecución de esas políticas. Esto pasa a ser un factor limitante que lleva a los funcionarios de salud a plantear estrategias para la participación, que más bien convierten la iniciativa en manipulación o utilización del grupo social (Villalobos, 1988).

La discusión de carácter teórico de las características y formas de lograr la participación social que garanticen el impacto desea con los factores que determinan la salud de las poblaciones, sigue vigente y es necesaria su profundización, sin embargo por la naturaleza política que conlleva la concepción de participación entendida como "distribución y uso del poder en la sociedad" (GTS, 1999), se dificulta su avance y aporte a la práctica en lo local, al verse envuelta en la lucha entre diferentes actores sociales por influir en los destinos de la sociedad, a veces con posiciones enfrentadas y antagónicas. Dos de esos actores protagónicos en este campo son; desde la oferta los trabajadores de salud y desde la demanda los líderes comunales.

Los fines primordiales de las instituciones de salud deben orientarse a satisfacer las necesidades fundamentales de los individuos, de modo que la acción principal ha de ser el mejoramiento de la relación entre los servicios y las personas (Nirenberg y Perrone. 1990) Entonces la promoción que hagan ambos actores para lograr la participación de la comunidad, se vuelve un asunto crucial para garantizar que se atienda de forma integral la salud y los factores que la influyen.

A pesar de la cantidad y variedad de experiencias de participación social en salud que se han dado en el país desde la década de los 70's, algunas con resultados extraordinarios como los obtenidos por el Hospital sin Paredes de San Ramón (ARS, s.f.), el Programa de Salud Integral del distrito de San Antonio de Nicoya y el Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud, y las importantes transformaciones en el marco de la Reforma del Sector Salud que originan el Modelo Readecuado de Atención de la salud y los Equipos Básicos de Atención Integral, cuyo desempeño es muy cercano a las comunidades, queda el cuestionamiento de si la promoción de la participación comunal hecha en las áreas de salud, como en la de Miramar de Montes de Oca, esta potenciando el logro de la gestión local en salud que incida en mejorar los niveles de bienestar de la población.

Capítulo I MARCO CONTEXTUAL

1.1 Antecedentes:

En este apartado describiremos la evolución y ubicación de los elementos que dan contexto al problema en estudio. Empezaremos recuperando el origen de la Reforma del Estado Costarricense y como parte de ella, uno de los primeros sectores de la vida nacional que se plantea consecuentemente su cambio a partir del viraje en la modalidad de Estado que se desea crear, es la Reforma del Sector Salud, que afecta una parte muy importante y ha logrado una significativa cobertura de la población, lo que plantea retos importantes de como continuar y profundizar los logros en salud dentro del marco de la Reforma.

Luego se describe los contenidos centrales del Proyecto de Reforma del Sector Salud, haciendo énfasis en la propuesta del Modelo Readecuado de Atención de la Salud, donde tiene como una estrategia la participación social activa. Pasando a identificar las principales políticas que a nivel del Ministerio de Salud y la CCSS se han planteado para estimular la participación social y el papel que ha tenido la descentralización en este campo. Para caer finalmente algunos criterios recopilados sobre las características actuales de la participación comunal.

1.1.1- La Reforma del Estado Costarricense y la Reforma del Sector Salud

Para comprender lo que sucede actualmente en el nivel local de los servicios de salud, donde operan en concreto las políticas, haremos un recuento de los principales elementos que han influido en la Reforma del Estado Costarricense y que son el marco ideológico de referencia para la Reforma del Sector Salud, ambas reformas se impulsan a través de política de estado¹, pues entre los dos partidos mayoritarios las definieron y han dado continuidad en sus correspondientes períodos de gobierno. La política estatal puede traducirse en acciones de carácter gubernamental, si son tomadas por el gobierno de turno, o de carácter local si son asumidas a nivel de las municipalidades o comunidades.

Una de sus características de las políticas es que cuando el problema social que se atiende es un fenómeno reconocido como tal por la sociedad, se considera una política pública y en teoría su elaboración e implementación se realiza con una participación plena de la población. Por lo que "la política pública constituye un ámbito de reflexión colectiva y de comunicación que propicia y fortalece modelos democráticos de integración social" (Guendel, 1998, pág. 1.)

Luego de identificarse el problema en el que se desea intervenir la política pública, que debe responder a necesidades, carencia o intereses de la colectividad, por lo que el diagnóstico, priorización y elaboración que se haga deben ser participativos. Este elemento de formulación de políticas con participación plena de la población, plantea un interrogante,

¹ Una política de estado la constituyen aquellas disposiciones y acciones que tienen continuidad independientemente del gobierno de turno que las aplique, o sea tiene efectos a largo plazo. Por lo tanto la política estatal es una acción sistemática y permanente orientada a responder a un determinado problema de la sociedad. y esta atención puede ser de carácter anticipativo-preventivo o curativa-reactiva (10, 13, 16).

¿participaron los funcionarios de salud del nivel local y los líderes comunales en la formulación de las actuales políticas de reforma de la salud? Si no participaron, podríamos esperar un bajo nivel de identificación y compromiso con la concreción de esas políticas. La participación en la elaboración de la política de salud es la base para la implementación comprometida y creativa con el logro de los fines propuestos.

Las políticas de Reforma del Estado y del Sector Salud tienen su origen en una influencia de factores externos e internos. En el ámbito internacional la llegada a escena del neoliberalismo, que inicia su incursión en los países a través de los Organismos Financieros Internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) que recetan prácticamente la misma fórmula de los Programas de Ajuste Estructural (PAE) a todos los países de América Latina, para superar los desequilibrios fiscales y la hiperinflación que causaban serios estragos en las economías nacionales. Lo que marca el inicio de las Reforma del Estado y la Reforma de Salud.

En los 80's, con los Programas de Ajuste Estructural, en Costa Rica se inicia un proceso de Reforma del Estado, que pretende hacer frente al agotamiento del modelo de desarrollo, la devaluación del colón, el endeudamiento externo y en general la disminución de los ingresos frente al aumento de los gastos estatales. Para enfrentar este reto nacional se forma la Comisión de Reforma del Estado Costarricense (COREC I y II), conformadas por representantes de los dos partidos políticos con mayor número de votos. Lo que abre la posibilidad de repensar el papel del estado, de los habitantes y su interrelación, para avanzar en un nuevo esquema de desarrollo de la nación y de construcción social de la salud, que se refleje en políticas públicas. Y una de sus recomendaciones es la conformación de una comisión del sector salud, la cual elaboró un diagnóstico y una propuesta para la Reforma del Sector Salud.

Se reconoce que la crisis económica, la orientación de las políticas de estabilización económica, los cambios en los patrones epidemiológicos y demográficos y las evidentes debilidades estructurales del modelo de política de salud, que se venía desarrollando desde los años cincuenta, condujeron al sistema público de salud a problemas de calidad de la atención, a dificultades de sostenimiento administrativo y financiero, y a la profundización de inequidades entre zonas del país y entre grupos de población (CGR 1998, Miranda 1994, Guendel s.f.). Y la Reforma del Sector Salud debe de resolver esa situación y avanzar para seguir garantizando el derecho a la salud de la población.

El proceso de "reforma a la tica", produjo en el campo de la salud, el proyecto de Reforma del Sector Salud impulsada en los dos últimos gobiernos, El proyecto se propone una reorientación de las políticas de salud sin perder el norte, expresados en los principios de solidaridad, universalidad y equidad, a la vez que procura que los procesos de atención a la salud respondan a la eficiencia y la eficacia.

Esta modalidad de reforma "toma distancia de las perspectivas privatizadoras que han impulsado otros países como Chile, pero al mismo tiempo procura reconstruir el enfoque estatista y mediatizado que caracterizó al sistema público de salud costarricense en el pasado" (Guendel 1998, pág. 3).

De nuevo el estilo de hacer las cosas a la tica se impone, y se busca fórmulas que hagan compatible el compromiso social del Estado y la Salud Pública, con la visión neoliberal de la eficiencia económica y de liberalizar las fuerzas del mercado, que inspira las políticas del Banco Mundial

El Banco Mundial (BM) y el Banco Inter-Americano de Desarrollo (BID) financian la Reforma Sectorial (RS) en Costa Rica por medio de proyectos específicos en las áreas requeridas. Este hecho debe ser visto como una apuesta de estos organismos internacionales y no como una colaboración desinteresada. Al Banco Mundial, en reiteradas ocasiones, se le ha criticado que sus proyectos no toman en cuenta a las culturas locales y al contexto político y social donde se van a desarrollar (Ugalde s.f.).

El BM ha financiado actividades que promueven un crecimiento económico y un incremento de producción de bienes materiales, lo que ha contribuido a la expansión del mercado capitalista moderno en países en vías de desarrollo. Pero el crecimiento económico y el aumento de producción de bienes materiales no necesariamente conducen a mejores condiciones de vida para la mayoría de la población, "en definitiva hay evidencia para afirmar que los préstamos y las políticas del BM no benefician a los pobres del mundo" (Ugalde s.f., pág. 7).

Una revisión crítica del documento del BM *Invertir en Salud de 1993*, concluye que "el enfoque del BM sobre el sector salud corresponde a su modelo ideológico de desarrollo que favorece a las naciones del Norte a expensas de los pobres del Sur". (Ugalde, s.f. pag. 1).

El informe (Invertir en Salud) minimiza el papel que los gobiernos deben jugar en las intervenciones en salud pública y en la prestación de servicios de salud, coloca la mayor parte de la responsabilidad de la salud en los individuos, pasa por alto las responsabilidades que las empresas tienen en la producción de enfermedades ya bien sea a través del deterioro del medio ambiente o de accidentes de trabajo, con lo que no se busca soluciones a la ineficiencia del sector público sino pareciera que el fondo es cómo limitar sus funciones (Ugalde s.f.).

1.1.2- Proyecto de Reforma del Sector Salud

Un rápido resumen de lo planteado por la Reforma del Sector Salud (CCSS s.f. a, Ayala 1999) en Costa Rica nos permite ubicarnos en sus planteamientos y pretensiones, en especial en el componente de Readecuación del Modelo de Atención, donde encontramos la estrategia de participación social activa, que nos da el marco conceptual institucional donde ubicar la participación comunitaria.

Las políticas de salud a partir de los años setentas se concentraron en la prestación de servicios preventivos por parte del Ministerio de Salud y los curativos le correspondían a la CCSS, con lo que se logró una importante cobertura de los servicios de atención y prevención en todo el país, un destacado descenso de las tasas de mortalidad infantil y incremento en la esperanza de vida al nacer, lo que contribuyó con el bienestar, el progreso y la productividad del pueblo costarricense.

Con el proceso de deterioro económico vivido en el país en los 80s, acompañado de signos cada vez más acentuados de ineficiencia y crecimiento burocrático del aparato estatal, manifestándose una reducción de los aportes del Estado al financiamiento del sector salud, se origina una reforma del estado costarricense, y una propuesta concreta de reformar el sector salud, con las características descritas en el apartado anterior.

“El proyecto de Reforma del Sector Salud busca corregir y mejorar la capacidad operativa de las instituciones del sector salud ... garantizar el ejercicio de la rectoría por parte del MINSA y la adopción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente... todo con el fin de fortalecer la capacidad de dirección y planeación sectorial y mejorar la cobertura y el ámbito de operación de los servicios de salud, acorde con las necesidades de la población y en función de las condiciones económicas del país”(CCSS s.f. a, pág. 4). Y la descripción rápida de sus componentes muestran la necesidad de estimular una real participación de la colectividad para garantizar el éxito en las transformaciones propuestas.

Los componentes del proyecto son:

- A. Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud: tiene la función de fortalecer la función rectora² del MINSA y contribuir a garantizar los principios de: a) universalidad, b) solidaridad en el financiamiento, c) integración en la prestación de servicios y d) equidad en el acceso. Utilizando como cauce de la rectoría, principalmente: a) Dirección³, coordinación y conducción⁴, y b) Vigilancia y planificación de la salud.
- B. Fortalecimiento institucional de la CCSS: en procura de fortalecer y desarrollar la estructura y organización funcional de la CCSS, para que cumpla eficientemente el otorgar a la población los servicios integrales de salud y de pensiones, mediante la efectiva administración del Seguro Social, a fin de contribuir al bienestar Biosicosocial y económico del individuo, la familia y el país. Debe garantizar los principios de la seguridad social: a) Solidaridad, aporte proporcional de recursos según la economía de los ciudadanos, b) Unidad, integrando la promoción y prevención de la salud, c) Universalidad, proteger a las personas sin distinciones de ningún tipo y que posibilita la participación de todos los ciudadanos del país, d) Igualdad, trato equitativo e igualitario a todos los ciudadanos, y e) Obligatoriedad, contribución forzosa para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y para promover acciones en salud.

² En el Proyecto de Reforma del Sector Salud la Rectoría se entiende como la capacidad política que debe tener el MINSA para dirigir y conducir el desarrollo de la salud..

³ En el marco de la Rectoría se entiende por dirección la definición de objetivos viables y metas factibles de alcanzar en salud, mediante la formulación, formalización y evaluación de la Política de Salud.

⁴ Se entiende por conducción, dentro de la Rectoría, la capacidad del MINSA para concertar intereses y articular recursos y acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas, para el cumplimiento de la política de Salud, mediante la formulación, control y evaluación de planes estratégicos en salud y procedimientos de coordinación, fundamentados en los mecanismos de relación preestablecidos.

- C. Financiamiento: contempla los siguientes aspectos: a) todos los trabajadores, dependientes e independientes e independientes contribuyan al financiamiento del sistema de salud, lográndose la universalidad de la cobertura contributiva, b) el Estado debe financiar el costo de la salud de los indigentes con cargo a los impuestos generales, y c) los empleados deben financiar una parte proporcional del costo del seguro de salud. Para lograr estos propósitos plantea desarrollar los siguientes subcomponentes: a) rediseño del Modelo de financiamiento, b) Normalización del esquema de contribuciones, c) mejorar la eficiencia en la recaudación, d) mejorar la asignación y administración de recursos, e) desarrollo del sistema de costos, estadísticas y evaluaciones económicas y e) venta de servicios.
- D. Asignación de recursos y compra de servicios de salud: redefinir la asignación de recursos en la áreas de salud, el diagnóstico que se hace es que existe un desfase entre la provisión de servicios de salud y las necesidades de la población, preocupa la evolución de los indicadores que reflejan la tendencia crítica de la situación del seguro de enfermedad y maternidad, hay incremento exponencial en el gasto por prestaciones médicas, no existen incentivos para estimular alternativas más costo-efectivas, la asignación de recursos financieros sobre la base histórica tiene serios inconvenientes, existencia de co-pagos implícitos, persisten las largas colas y los elevados tiempos de espera. Para mejorar el sistema se propone: a) diferenciación de funciones: prestador-comprador de servicios, b) perfilar el pago prospectivo para incentivar la planificación financiera y de salud, c) confección de presupuestos globales, por días de hospitalización, por prestaciones, por casos y per cápita, d) descentralización de pagos, e) establecer mecanismos para la decisión de pagos y f) crear una política de manejo de excedentes.
- E. Sistema de información: desarrollar gradualmente un sistema de información sectorial en salud que sirva de apoyo a la planificación, programación, dirección, vigilancia, monitoreo, control, evaluación y toma de decisiones a nivel sectorial e institucional.
- F. Desarrollo de recursos físico: fortalecer la infraestructura física de la red de servicios existente en el país.
- G. Fondo nacional de formación y capacitación: se crea este fondo para cubrir las necesidades prioritarias de actualización tecnológica o la creación de recursos humanos idóneos, en él todas las instituciones, unidades y grupos profesionales y técnicos que forman parte del Sector Salud o que responden a los objetivos de éste, pueden optar por el financiamiento de programas de formación y capacitación.
- H. Fortalecimiento institucional de INCIENSA: orientar el papel de INCIENSA hacia el control de calidad y la vigilancia de la salud, mediante la elaboración de un programa de desarrollo institucional.

- l. Readecuación del modelo de atención en salud: se propone garantizar a toda la población una oferta mínima de servicios bajo un concepto de atención integral de la salud, incrementar la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de los servicios de atención de la salud y fortalecer los principios que han sustentado la seguridad social costarricense: universalidad, solidaridad y equidad.

1.1.3- Modelo Readecuado de Atención a la salud

Para hacer frente a los cambios que motivaron la Reforma de Salud, la CCSS replantea su Modelo de Atención de la Salud, el cual se implementa con la concepción de Atención Integral de la Salud, donde se plantea actuar sobre los factores condicionantes de la salud, a través de acciones coordinadas para influir positivamente en el ambiente y la población con acciones favorables a la salud.

Se entiende que la readecuación es parte de la modernización, y que busca el lograr “de manera eficiente, eficaz y humanizada hacer frente a las exigencias y nuevas necesidades de la salud de la población, a un costo que el país pueda sostener” (Ayala et al 1999, pag. 74). Y que mantiene el marco de los principios del sistema de Seguridad Social costarricense:

1. UNIVERSALIDAD: se procura cubrir y proteger a todos los habitantes del país, con servicios de atención de la salud, dirigidos a las personas y el ambiente.
2. SOLIDARIDAD: entendida como el medio por el cual cada individuo cotiza en el Seguro Social de acuerdo con sus posibilidades, el fondo colectivo creado permite que las personas que más cotizan permite pagar los servicios a las personas que no tiene los recursos, los pobres, que son los que más requieren atención directa.
3. EQUIDAD: distribución justa de los recursos, superando diferencias motivadas por la ubicación geográfica, y garantizando igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud.

El Modelo Readecuado de Atención a la salud que aplica la CCSS, tiene como eje central el derecho a la atención básica para proteger a los usuarios del riesgo de enfermar, así como para facilitarle las condiciones básicas para el pleno desarrollo de los individuos y comunidades. Sus características centrales son (Ayala et al, 1999):

- a) una atención integral de salud, con acciones que integran aspectos de prevención, promoción, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente, con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad,
- b) continuidad en la atención, que garantiza el seguimiento y conocimiento del individuo, la familia y la comunidad por parte del Equipo de Salud, que permite la atención integral y de calidad,
- c) la participación social, comprendiendo que el desarrollo exitoso del modelo readecuado de atención depende de una participación efectiva de todos los actores sociales en la gestión local de la salud,
- d) trabajo en equipo, son indispensables las acciones coordinadas entre diversas disciplinas para atender la salud de la población, también facilitan el enfoque

integral de salud, así como el abordaje integrado del individuo, la comunidad y su contexto,

- e) mejoramiento de la calidad, para el logro de servicios óptimos para la población es necesario implementar programas permanentes de mejoramiento de la calidad.

El Modelo Readecuado establece tres niveles de atención, que están estrechamente relacionados, con una coordinación que debe ser ágil y eficiente, con lo que se busca asegurar a la población una atención oportuna, integral y continua, pues los niveles representan mayores grados de complejidad para resolver los problemas de salud.

La CCSS ha dividido el territorio nacional en siete Regiones de Salud, las cuales a su vez se dividen en Áreas de Salud, que en su mayoría corresponden al área de un cantón. Las Áreas tienen entre 15000 a 40000 habitantes en zonas rurales y en zonas urbanas cubre entre 30000 y 60000 habitantes.

Las Áreas de Salud son las “unidades administrativas básicas con un Equipo Técnico y administrativo, que tendrá bajo su responsabilidad toda la red local de servicios de atención a las personas”(Ayala et al 1999, pag 79). Las Áreas de Salud constituyen el I Nivel de Atención. El II Nivel lo forman los Hospitales Regionales que son referencia de las Áreas de Salud y el III Nivel son los Hospitales Nacionales, especializados, que a la vez son referencia de los Hospitales Regionales.

En el I Nivel de Atención están los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud EBAIS, que cubren un territorio definido con una población de entre 3000 y 4000 personas, y que son una división del Área de Salud en sectores. Entre los EBAIS y el Área de Salud, deben tener la capacidad de atender y resolver la gran mayoría de las enfermedades que presente la población, la articulación entre los EBAIS (unidades de acción) y las áreas de salud (áreas de gestión local) correspondiente deberá tener un carácter bidireccional (Nirenberg y Perrone 1996), muy ágil, oportuno y eficiente, para evitar el envío de pacientes a los niveles hospitalarios y cuyos servicios son más costosos.

Pero además es crucial para mejorar los niveles de salud, el que también trabaje la prevención y promoción de la salud. Esto porque puede decirse que la salud no resulta por sí sola, sino que es el resultado de todas las acciones que se dirigen a establecer las condiciones que una comunidad requiere para ser saludable: ambiente, vivienda, educación, relaciones, infraestructura y otras (López 1999).

Y es específicamente en los campos de la prevención y promoción de la salud que la participación social es fundamental, pero para ser una “participación efectiva”, debemos visualizarla como un proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de las obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria. (OPS, 1999 y Nirenberg y Petrone 1996)

Concretar la participación social implica impulsar procesos participativos, abrir las puertas a la opinión y acción de todos aquellos que muestren interés y se hagan presentes (López

1999). Por lo que la iniciativa y motivación que realice el Equipo Técnico del Area de Salud y el personal de los EBAIS es un factor determinante en una buena y participativa gestión local en salud. El primer esfuerzo es para que la comunidad se organice, y una segunda tarea es la creación y funcionamiento de espacios donde se concrete la participación en la gestión local en salud.

1.1.4- Compromiso de Gestión

La Reforma del Sector Salud se diseñó en el marco de la Reforma del Estado, y plantea conservar los principios de universalidad, solidaridad y equidad. El proyecto contempla la ejecución de los siguientes componentes: fortalecimiento institucional de la CCSS; readecuación del modelo de atención en salud; revisión y mejoramiento del sistema de financiamiento y creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación en Salud.

Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), son la base de la pirámide de servicios y se encargan de brindar una Atención Integral Básico que contiene como mínimo: atención integral del niño (0-9 años); atención integral al adolescente (10-19 años); atención integral a la mujer; atención integral al adulto (20-59 años) y atención integral a la Tercera Edad (Ayala et al 1999).

La herramienta operativa para poner en marcha el nuevo sistema de asignación de recursos son los Compromisos de Gestión, que es un acuerdo mutuo en donde el ente financiador-comprador y el prestador de servicios especifican los objetivos esperados y los mecanismos de asignación de recursos. No es un contrato desde el punto de vista jurídico, pero es el mayor esfuerzo que se ha hecho para ligar el presupuesto con un compromiso de productos y servicios los cuales además deben de cumplir con una serie de especificaciones de calidad.

Los Convenios de Gestión establecen un contrato entre la Caja Costarricense del Seguro Social CCSS como financiador y comprador de los servicios de salud para los habitantes del país y el Area de Salud o establecimiento que actúan como proveedores de los servicios, estableciéndose las cláusulas necesarias para la regulación, remuneración y evaluación de los servicios dados a la población, a partir de la delimitación de la población a cubrir, los servicios que se le brindan y las metas a alcanzar por las Areas y establecimientos de Salud (Barrantes 2000).

..."dentro del marco institucional el *Compromiso de Gestión* se entiende como el acuerdo entre partes que define y evalúa la relación entre la asignación de recursos con la producción en salud, tipificada con criterios de calidad y oportunidad, en respuesta a las necesidades de salud de la población" (Compromiso de Gestión del Area de Miramar de Montes de Ocas, 1999).

La Reforma del Sector Salud pretende descentralizar la gestión administrativa de la CCSS, permitiendo la compra directa de servicios externos, lo cual debe de estimular la gestión del establecimiento y del recurso humano. Al cumplir las metas propuestas en los Compromisos de Gestión, el establecimiento o Area de Salud tiene derecho a utilizar el fondo de retención en lo que crea conveniente, parte del cual está destinado a incentivos

para el personal. Esto incluye posibilidad de compra de servicios a nivel hospitalario y a proveedores privados y mixtos. Las funciones de financiamiento y presupuestación no han sido modificadas, pero sí se ha liberalizado la ejecución del presupuesto. Por el momento no se han modificado las estructuras centralizadas, y a lo interno de cada institución, permanecen centralizadas. (Barrantes 2000).

Los Compromisos de Gestión constituyen una herramienta operativa para poner en marcha el nuevo sistema de asignación de recursos, al ser un acuerdo mutuo en donde el ente financiador-comprador y el prestador de servicios de salud, especifican los objetivos esperados y los mecanismos de asignación de recursos. Se espera con este mecanismo reducir las inequidades en la forma histórica de distribución de los recursos, que generó diferencias de gasto per cápita entre zonas del país: de 35000-40000 colones de gasto por persona por año a gastos de tan solo 3000-4000 colones. A las Áreas de Salud se les compra el producto per cápita, mientras en los establecimientos es un poco más complejo y se procura comprar egresos hospitalarios, atención de consultas externas y consultas en emergencias. Lo que sí es claro que no hay un rubro del presupuesto que refleje directamente el gasto en la promoción de la salud (Barrantes 2000).

Ya en el año 2000, la totalidad de hospitales y casi todas las Áreas de Salud suscribieron los Compromisos de Gestión con el nivel central de la CCSS. Se dieron los mecanismos legales para que los establecimientos de salud pudieran administrar su presupuesto de manera descentralizada.

Este modelo presupone la presencia de un esquema gerencial con capacidad de gestión, autoridad, responsabilidad y disposición de asumir riesgos. Las competencias de la función gerencial estarán definidas en la normativa del establecimiento y en su Compromiso de Gestión. Hasta hace pocos años la CCSS asegura que no se están organizando los servicios con criterios empresariales, y no se pretende entregar a la gestión privada los establecimientos o servicios sanitarios de propiedad pública, sin embargo ya se están licitando la apertura de EBAIS en zonas urbanas, al sector privado.

En todo este estira y encoge, los servicios de salud si deben garantizar que respondan a las necesidades y condiciones locales, y que la participación amplia y directa es un mecanismo importante para lograrlo. Sin embargo la forma con la que se está avanzando en la desconcentración de los servicios de salud, tanto a través de los Compromisos de Gestión, como la licitación a empresas privadas, plantea la duda de hasta donde han favorecido o no la participación social y comunal.

1.1.5- Políticas y lineamientos sobre participación

Del marco ideológico, así como del origen y fines de las reformas, se han derivado políticas que dan forma, marcan límites y dan funciones a la participación. A su vez deben ser claras y específicas para guiar el trabajo de los funcionarios de salud en este tema.

El modelo predominante de los servicios de salud en el país, ha sido un modelo biólogo de atención de la demanda, con fuerte predominio hospitalario y poca apertura al trabajo

comunitario. A partir de la Reforma de Salud (RS) el modelo emergente busca un enfoque más integral, que responda mejor a la demanda, con mayor atención a las comunidades.

En el documento de *Política Nacional de Salud 1998-2002* (MINSA 1999), el Ministerio de Salud propone diversas áreas de acción con políticas y estrategias en tres secciones: Fortalecimiento Institucional, Atención a las Personas y Atención al Ambiente Humano.

Este documento de Política Nacional de Salud, expresa los compromisos que en materia de salud, ha definido el actual Gobierno de Costa Rica, lo que le resta valor como política de Estado por su baja posibilidad de ser sostenida a largo plazo. Señala lo que se plantea hacer en salud la actual administración, aunque el documento salió a la mitad de su período de gobierno (finales de 1999). En él se expresa que "la solución a los problemas de salud identificados, no son responsabilidad exclusiva del sector Salud y se reconoce la necesidad de que todos los actores sociales deben participar activamente en la implementación, seguimiento y cumplimiento de la Política" (MINSA 1999, pág. 3).

Históricamente el Estado venía actuando sobre los problemas de salud con un enfoque que privilegia el saber científico y técnico, como único válido para superar la enfermedad y alcanzar la salud, donde la participación era muy accesorio y funcional a las actividades que las instituciones no podían asumir. Ahora señala con claridad que lograr la salud ya no es una tarea exclusiva de las instituciones y funcionarios del sector salud, se comparte la responsabilidad con otras instituciones y con la sociedad. Se plantea una disposición estatal de estimular la participación, la cual se le dan los atributos de ejercerse en la ejecución y control de las políticas.

En el Capítulo de Atención a las Personas incluye el Área de Acción: Promoción de la Salud⁵ que abarca "acciones grupales que la sociedad civil y las instituciones del Estado, llevan a cabo en forma integral, para desarrollar procesos que actúen sobre los factores determinantes y de la salud, con la finalidad de que la población ejercite un mayor control sobre ésta y la mejore" (MINSA, 2000, pág 13). El MINSA procura darle relieve a la promoción de la salud, como instrumento central para modificar los condicionantes de la salud y finalmente el estado de la salud, pero para que sea realmente efectivo debe provocarse una modificación sustancial del presupuesto de salud y el énfasis en los gastos.

La distribución de gastos en la CCSS (Contraloría General de la República, 1998, pág. 12). se mantiene con un énfasis en el tercer nivel (50%) y en el segundo nivel (33%) de atención, mientras en el primer nivel, donde la promoción de la salud tiene un campo de acción mucho mayor, solo es de un 17%, lo cual viene siendo una clara contradicción entre la política por hacer énfasis en la atención primaria, la prevención y la promoción para llegar a la salud de la población, que chocan contra el muro de la forma en que está distribuido el presupuesto dirigido a curar la enfermedad.

⁵ Promoción de la salud: proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y mejorar su estado de salud. (ACOSAP 1985)

El Área de Acción de Promoción de la Salud, el MINSA la descompone en dos políticas y 10 estrategias, vemos textualmente las que incorporan el aspecto de participación (MINSA 1999, pág. 34):

"Política 1: Desarrollo articulado de la promoción de la salud, como eje fundamental de la producción social de la salud.

Estrategias:

- 1.1 Desarrollo de programas tendientes a mejorar los estilos y condiciones de vida saludables en comunidades, centros de trabajo y escuelas.
- 1.2 Fortalecimiento de la participación y comunicación social, y el desarrollo de programas de educación e investigación en salud.

Política 2: Implementación de la promoción de la salud en forma solidaria y conjunta con los diferentes actores sociales, según las prioridades identificadas en cada área de salud del país.

- 2.1 Fortalecimiento de la participación de los actores sociales en la formulación de políticas y desarrollo de redes intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud.
- 2.2 Promover el desarrollo articulado de la promoción de la salud.
- 2.3 Apertura de espacios de negociación y concertación con grupos organizados de la sociedad civil, con el propósito de que asuman un papel vigilante en la gestión de los servicios y situación de salud de la población.
- 2.4 Promoción de la participación de la sociedad civil en los programas de Atención integral de la Salud, en todos los niveles de prestación de servicios."

Estas políticas implican acciones de las instituciones hacia las comunidades, tanto educativas, de promoción y de investigación, así como "fortalecer la participación" de la sociedad en la formulación de políticas saludables y en la promoción de la salud, aspecto que queda ambiguo, pues el documento no tiene una clara base conceptual sobre participación que la sustente, por lo que la interpretación y acción que pueda generar puede ser muy variada en sus motivaciones y en sus fines.

Por otra parte estas políticas y sus estrategias, así como el resto del documento Plan Nacional de Salud 1998-2002, tienen una construcción técnica y profesional de gran nivel, por lo que cubren los aspectos centrales de la nueva concepción de salud como producto social y de lo que implica la promoción de la salud. Sin embargo se ha señalado (CGR 1998, Guendel 1998) críticamente que el MINSA se encuentra en una situación de retraso en su desarrollo dentro de la Reforma del Sector Salud, y que no cuenta con una adecuada cobertura jurídica que le permita hacer frente con eficiencia a su nuevo papel de Rector, pues no tiene los mecanismos legales para realizar una conducción firme y coherente que se imponga a las otras instituciones del sector estatal y privado, esto deja al MINSA en una situación de debilidad para conducir y llevar a la realidad un Plan Nacional de Salud.

La CCSS por su parte, ve la participación social como "un proceso de interacción, negociación y concertación⁶, que se establece, entre la población, la CCSS y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante acciones de organización, contribución y toma de decisiones, en las que prevalecen los derechos, deberes e intereses de todos, para la construcción de la salud en Costa Rica" (CCSS, 1997. pág. 33). La cual forma parte del documento "Participación Social en el Modelo de Atención Integral en Salud", donde retoma con fuerza fundamentos teóricos y filosóficos que dan un nuevo marco a la participación social, y desglosa, sin llegar a un modelo específico, las características de la participación.

En este documento se parte de caracterizar a la participación social por uno de sus aspectos más visibles, la acción expresada en la "interacción, negociación y concertación", que se realiza entre la población, las instituciones estatales y las privadas, con lo que se expresa claramente la responsabilidad compartida entre todos los actores sociales de trabajar por la salud. Y esta acción debe acumular o generar organización y toma de decisiones que partan del respeto y aporte de todos, lo que nos lleva a compartir la responsabilidad y el compromiso para que se lleven a cabo las políticas a través del involucramiento en la gestión de los servicios de salud.

Esta concepción bastante desagregada, es desglosada en objetivos y estrategias que recogemos en el Cuadro 1.1.

Cuadro 1.1

Proceso de Participación Social en Salud en la CCSS

Objetivo General: Fomentar y consolidar la participación social de los diferentes actores sociales en la construcción de la salud como producto social.	
Objetivo Específico	Estrategia
Desarrollar procesos de participación social en el Sector Salud.	Inserción en la comunidad. Establecimiento de espacios de reflexión, negociación y concertación en todos los niveles de atención.
Integrar los diferentes actores sociales en los procesos de participación social.	Establecimiento de instancias formales y permanentes con los actores sociales.
Promover la intersectorialidad con el fin de articular esfuerzos para el establecimiento de redes de apoyo.	Creación de espacios de concertación y negociación en todos los niveles.
Consolidar el proceso de participación social mediante la planificación participativa, con todos los actores sociales.	Elaboración del análisis de la situación de salud y formulación de propuestas. Programación participativa.

6 "Concertación es el proceso de conseguir acuerdos entre distintos actores sobre qué se debe hacer o sobre qué se puede hacer para solucionar los problemas sobre los que existe consenso" (González 1996 pag 111).

	Ejecución participativa. Evaluación participativa.
--	---

Fuente: Tomado de CCSS, Participación Social en el Modelo de Atención Integral en Salud, 1997, pág. 35-37.

Aunque el documento de la CCSS no entra en mayores detalles, explicación de concepto, ni profundización, nos da una clara direccionalidad para concretar la participación social, pero no hace mención en lo específico de la participación comunal. Se señala la planificación participativa, mediante etapas sucesivas y participativas de elaboración de análisis de situación, la programación, ejecución y evaluación. Pero de nuevo parece que queda a criterio del personal local la interpretación última de hasta donde y cómo se debe dar esa participación.

1.1.6- Descentralización o Desconcentración?

Se ha planteado que un elemento en el que la Reforma del Sector Salud debe avanzar, para garantizar su modernización, eficiencia y eficacia, es la descentralización. El Estado Costarricense y sus instituciones, a lo que no se escapa la CCSS, presentan un claro centralismo, donde prácticamente todas las decisiones importantes, como contratación de personal, distribución de presupuesto, compras grandes y otras, son tomadas en las oficinas centrales y con fuerte presencia de los altos jerarcas de la institución.

Esto ocasiona que las decisiones se toman alejadas de la realidad, que sea un proceso lento y no responde a las exigencias locales y que el nivel de resolución de problemas de los funcionarios locales es muy bajo, lo que retarda aún más los desarrollos locales. Frente a esto se piensa descentralizar la institución, para que los niveles locales tengan injerencia directa sobre las decisiones que les competen en su trabajo diario y que son fundamentales para el desarrollo de los servicios, para que respondan con agilidad a las necesidades del medio, e inclusive favorezca la participación e involucramiento de los actores sociales locales y las mismas comunidades en la construcción social de la salud.

Esta visión la comparte el Banco Mundial BM, para el cual la descentralización de los servicios de salud representa una política que puede "mejorar tanto la eficiencia como la capacidad de responder a las necesidades locales" (Ugalde s.f., pág. 53). Sin embargo, a pesar de ser una afirmación autoritaria, el mismo BM reconoce que los países que han implementado la descentralización han surgido muchos problemas.

"La descentralización es más un proceso político que técnico y transferir experiencias de un país a otro sin tener en cuenta el contexto político que es siempre complejo y muy específico podría ser catastrófico" (Ugalde s.f., pág. 53). Por lo que pareciera que el concepto de descentralización, puede ser una herramienta valiosa en ciertos contextos políticos, pero no es una receta técnica aplicable en cualquier circunstancia, sobre todo si conceptos como la participación social aun son ambiguos y de débil arraigo institucional.

En los países del Tercer Mundo “la descentralización ha mostrado ser una medida que aumenta el control central más que una que implemente principios democráticos o que responda a las presiones políticas de los de abajo” (Ugalde s.f., pág. 54). Con esta contradicción la Reforma del Sector Salud no debiera pretender avanzar en la descentralización para aumentar la participación, sino la garantía de una participación social y comunal fuerte, organizada, informada y propositiva, con espacios permanentes de participación en la toma de decisiones puede ser la vía más adecuada para que genere la descentralización.

La descentralización llevada a su máxima expresión, como en Inglaterra, llevaría a que el Estado solo paga para que el asegurado reciba el servicio de salud, pero no se involucra en los medios o procesos que las organizaciones privadas (con o sin fines de lucro) de salud realizan para dar los servicios. En Costa Rica, no hay duda que sin la intervención del Estado no se hubiera podido lograr las coberturas e índices de salud alcanzados (Miranda 1994), por lo que la reforma en este momento lo que plantea es una desconcentración de los servicios, o sea, se le posibilita a las Areas de Salud y establecimientos su manejo propio en asuntos claves de contrato de personal y procedimientos en los servicios de salud que dan a la población (papel de proveedores de servicios), pero se mantiene un control centrado en la CCSS sobre la calidad y cantidad de servicios que son regulados mediante el presupuesto, el cual procede en su mayoría del nuevo papel de comprador de servicios. Hay la sensación de que la desconcentración que esta realizando la CCSS en este momento es un paso previo para llegar a la descentralización.

1.1.7- La participación en el Modelo Readecuado de Atención en Salud

Llevamos dos décadas de análisis y opiniones sobre las características del nuevo Estado, y un poco menos sobre la Reforma de Salud y aun no se termina la discusión, aunque ya se perfilan algunos aspectos claves. Uno de ellos que ya se visualiza como elemento sustancial es la participación de los habitantes en todos los asuntos de la sociedad.

Esta característica repercute y se aplica también a la Reforma del Sector Salud, que se desea para el país, donde uno de los problemas relevantes que sirvió para fundamentar el Programa de Reforma del Sector Salud, es que "no existe una participación amplia y definida de las comunidades en la toma de decisiones e impulso de acciones que redunden en una mejoría del estado de salud de la colectividad" (Contraloría General de la República, 1998. pág. 4.)

Entonces no hay duda que la participación social y comunal va a jugar un papel predominante en el escenario de la Reforma del Estado y la Reforma del Sector Salud, sin embargo sus características, contenidos y fines van a variar dependiendo de la concepción

ideológica que construye las políticas y le fija su ámbito de acción. Así como de la capacidad que tengan actores protagónicos como trabajadores de la salud y líderes comunales para promoverla, llenarla de contenido y darle direccionalidad.

Se pretende que la participación social mejore a partir de la Reforma de Salud. No es un componente aislado ya que se integra en los componentes establecidos (asignación de recursos, capacitación, financiamiento, etc.), pero es una variable a la que se le dará voz en los espacios que pueda ayudar. La participación social en el nivel local será ampliamente promovida en tres áreas principales: el auto-cuidado de la salud, la ejecución de las actividades y la gestión de los servicios.

La CCSS establece como responsable de promover la participación social a la Dirección y el Equipo de Salud del Área de Salud. En la ejecución de actividades, se promoverá la organización de grupos, sin distinción de raza, condición o sexo, que deseen participar en acciones específicas de intereses comunes.

La CCSS realizó en 1997 la primera evaluación de los resultados del Modelo Readecuado (Peña y Montero 1998), cuando ya estaban funcionando 335 EBAIS en 45 Áreas de Salud. Y de este interesante y amplio trabajo que evaluó aspectos cuantitativos y cualitativos extraemos en algunas de las respuestas que dieron los funcionarios de los EBAIS.

Sobre preguntas relacionadas con su conocimiento de las políticas de Reforma del Estado y del Sector Salud, se recogieron las respuestas al cuestionario de 314 EBAIS. De ellos 285 respondieron que los miembros de los EBAIS si tienen conocimientos de lo que plantea la Reforma de Salud y las características del Modelo Adecuado, 158 tuvieron información antes de abrir el EBAIS y se podría suponer que les dio tiempo de prepararse para su nuevo papel. Mientras de 129 se enteró en el proceso de apertura y posterior a él, lo que implica adaptarse a los nuevos conceptos y tareas en el trabajo diario, lo cual es bastante complicado para aprender, comprender y aplicar conceptos tan complejos como la promoción y la participación en salud.

Mientras que las respuestas sobre por cuáles medios los miembros de los EBAIS se informaron sobre lo que plantea la Reforma del Sector Salud, 219 respuestas fue en cursos de inducción, 197 se la dieron en el propio EBAIS y 160 se enteró fuera del sistema de salud (en los medios de comunicación). También 44 se informaron por su propia iniciativa y otro grupo (168) pudo participar en discusiones en los EBAIS o en las Áreas de Salud.

Sobre los principales aspectos positivos y limitantes que el personal de salud, que participó en el estudio arriba citado, anotó sobre la implementación de los EBAIS como elemento clave de la readecuación del modelo de servicios de salud en el país. El personal que labora en los EBAIS, señala como aspecto favorable número uno: que los EBAIS permiten un mejor conocimiento y seguimiento de la población, lo que es favorecido por estar localizados directamente en la comunidad o zona que deben atender. La participación social y comunitaria esta en un 4 lugar, con lo que parece ser muy valorado por el personal de salud, aunque la concepción y formas de promover esa participación pueden aún no ser claras. Contradictoriamente el mayor poder de resolución aparece en el lugar 35, o sea se ve como un logro poco importante, cuando el tener la capacidad de tomar las decisiones en el

nivel local es esencial para que ese conocimiento de la población, sumado con la participación comunitaria, deriven en acciones que respondan lo más cercana mente posible a las necesidades de la población para mejorar sus condiciones de salud. Sin embargo mejoramiento en la salud esta en el lugar 52, con lo que el esfuerzo por promover la participación, estar cerca de la población atendida y trabajar en la prevención (que ocupan los tres primeros lugares de los aspectos favorables), no parecen suficientes para provocar cambios significativos en la salud de la población.

Por otra parte los aspectos desfavorables se dirigen a la preocupación por falta de información de la población y funcionarios sobre el nuevo modelo y la desorganización, la falta de dirección y conducción, la falta de capacitación y la falta de políticas definidas, que repercuten a la desmotivación del personal y la comunidad. También se señala limitante la poca participación social y comunitaria (en el lugar número 23).

Algunas respuestas relacionadas a la participación social, sacadas del estudio cuantitativo del modelo readecuado de servicios de salud publicada en 1998 (respondieron al estudio 314 EBAIS), que nos ayudan a valorar mejor como se esta desarrollando este elemento en los EBAIS y Areas de Salud.

Sobre la existencia de actividades dirigidas a la promoción social en el nivel local, 115 EBAIS respondieron que únicamente los realizaban los EBAIS, 64 respondieron que lo hacen en conjunto los EBAIS y las Areas, 47 que solo las Areas de Salud y una importante cantidad (86) respondió que no se hace este tipo de actividades.

Sobre el tipo de organizaciones comunales que participan en las actividades de los EBAIS: 245 Comités de Salud, 134 Asociaciones de Desarrollo, 113 grupos de Voluntarios, 82 Comités de Nutrición, 21 Juntas de Salud (en el momento del estudio no se había aprobado la ley que les da vigencia), 48 Juntas de Educación y Patronato Escolares, 27 Comités de Deportes, 26 Comités de Saneamiento ambiental y otros 31. Lo que refleja la diversidad de grupos organizados que pueden existir en una comunidad, aunque principalmente participan los que han sido tradicionalmente promovidos por las instituciones de salud (Comités de Salud, Comités de Nutrición y Grupos de Voluntarios), lo que reduce el número y diversidad de actores sociales que tienen responsabilidad directa con la salud de la comunidad. Además 34 EBAIS no citaron ninguna organización.

Para la OPS (OPS 1999) la participación social en la Reforma del Sector Salud en Costa Rica, se ha presentado pero con una limitada participación activa en el proceso de gestión. En un 78.5% de los EBAIS han participado comités de salud; en un 42% las asociaciones de desarrollo; en un 36,2% los voluntarios y en un 26.2% los comités de nutrición. Las juntas hospitalarias representan evidencia de que se ha aumentado el grado de participación y control social en los niveles II y III. En el nivel primario todavía no se ha observado un aumento generalizado de participación y control social.

También se preguntó sobre cuales son las principales acciones en que participa la comunidad. Las actividades con 100 o más respuestas fueron: Apoyo con recursos 181, Ejecución de actividades de EBAIS 137, Atención al medio ambiente 118, Tareas de

promoción y/o educación en salud 117, Determinación de prioridades 107 y Diagnóstico de salud 100. Incluso hubo 40 EBAIS que respondieron que en ninguna acción de salud.

Estas respuestas confirman que la concepción de participación esta en la fase de que la comunidad de apoyo al trabajo realizado por los técnicos de salud, con lo cual se ayuda a la realización de las acciones ya definidas por los EBAIS y a conseguir los recursos necesarios para su implementación. Los aspectos de planificación, asignación de recursos, control y evaluación se dan prácticamente sin participación social.

También se averiguó la opinión del personal de los EBAIS sobre la actitud de la comunidad, a lo cual 196 respondió que eran indiferentes, 137 que era interesadas y solo 70 que era comprometida. Lo que pone a las comunidades como muy alejadas del trabajo de los EBAIS y no asumiendo su responsabilidad en el mejoramiento de su propia salud.

Esta visión desde los EBAIS debe ser complementada con la percepción desde las comunidades sobre su relación con el personal de salud y las razones de su poca participación, aspectos a aportar con este estudio.

En este sentido veamos la opinión de un sector de organizaciones comunales, agrupadas en la Coordinadora de Proyectos Populares de Salud COPROSA, que valora el elemento de participación social dentro de la Reforma de Salud, en los siguiente términos: "A pesar de que la participación social ha sido definida como una de las principales prioridades del Sector Salud, de las 22 personas presentes en esta evaluación, todas ampliamente comprometidas con el trabajo en salud en nuestras comunidades, solamente una ha sido invitada por las instituciones de Salud a conocer el nuevo modelo de servicios que se propone. En este nuevo modelo, los ECOS (Educadores Comunitarios de Salud) son vistos como un funcionario sin pago, que está obligado a seguir las órdenes del personal de salud. La participación consciente, creativa y autónoma de las organizaciones comunitarias no se ve por ningún lado" (COPROSA, 1996, pág. 7).

1.1.8- Comunidades y participación en salud

Se reconoce la importancia de la participación de las personas y la comunidad para lograr las metas de la Reforma en Salud, no se puede hablar de una reforma del sector salud dirigida a fortalecer la universalidad, solidaridad y la equidad, sin promover la participación real de las personas. La participación de la comunidad se debe dar en una forma constante, como uno de los pilares necesarios para el desarrollo de Costa Rica, pero la hegemonía institucional sigue siendo tan marcada que las comunidades no encuentran la oportunidad ni la manera de avanzar en el desarrollo de algo tan importante como es la salud en la comunidad.

Al respecto la Dr. Lynn Morgan, luego de un estudio en la comunidad rural de La Chira, nos dice: "... un puñado de personas del Comité de Salud cumplen con las obligaciones superfluas requeridas por el Estado, a sabiendas de que éste será el principal responsable de mantener los programas de seguridad social existentes"(Morgan 1997). Lo que muestra los efectos de las políticas públicas impulsadas hasta ese momento, con respecto a las

responsabilidades de las comunidades con la salud, que impone limitaciones al desarrollo de acciones corresponsales en la salud pública entre instituciones del Estado y la comunidad.

Lo que resalta en la concepción real de participación es que la población comparte la toma de decisiones. Sin embargo para llegar a esta visión de la participación y lograr la democratización en la toma de decisiones, hay que atravesar dos aspectos que ha jugado un papel limitante para el desarrollo pleno de la participación:

- a) La visión tecnócrata de nuestros funcionarios de salud, que les impide abrirse para compartir la toma de decisiones con la comunidad, y que a lo sumo comparten la gestión de los servicios de salud, pero centralizan su planificación y evaluación. Tampoco hay preparación en los trabajadores de salud para conducir procesos de transmisión de información y espacios de concertación con actores sociales no técnicos.
- b) Una actitud de la población pasiva, desorganizada y dependiente de las instituciones de la población, que les limita su capacidad para asumir iniciativas de acción o meterse en procesos de análisis y concertación, por considerar que no tienen el conocimiento necesario, por lo que depositan en el funcionario esa tarea y no aprenden para realizarla en conjunto..

Se señala con claridad la falta de información, análisis y debate sobre los contenidos de la Reforma de Salud que resienten las comunidades, pues esta discusión se ha mantenido en esferas de especialistas y altos jerarcas del sector salud. Y si la gente no conoce lo que se pretende hacer hay una resistencia o incertidumbre normal que dificulta su participación.

La preocupación central está en que las organizaciones comunales y educadores comunales en salud (capacitados por el MINSA) queden como actores accesorios, que son utilizados dependiendo de la necesidad de las instituciones de salud (funcionarios sin paga), por lo que no se podrían considerar sujetos activos y participantes. Si este fuera el caso la participación en la que se involucraría sería estaría muy lejos de permitirles tomar decisiones que aumenten el control sobre los condicionantes y la salud misma.

COPROSA en el Taller evaluativo de la Reforma de Salud (COPROSA 1996 pag 21) llegó a las conclusiones:

- La solución consiste no solo en decir "no a la privatización" para quedarse en la defensa del modelo anterior.
- La participación comunal nos interesa no para asumir las tareas que el Estado abandona, por su interés de gastar menos en salud. Nos interesa la participación de las comunidades y los trabajadores en la salud en: a) la asignación de los recursos, y b) la definición de las acciones prioritarias.
- El modelo de atención en salud debe saber combinar los aportes: a- de la medicina científica (occidental) y b- de la medicina tradicional, la cual debe ser reconocida, investigada y apoyada.
- El modelo asistencial debe ser sustituido por otro de responsabilidad compartida, integral, igual para todos y no mercantilizado (privatizado).

- El personal de los servicios de salud debe ser formado para asumir una nueva práctica participativa, de relación horizontal y solidaria en el servicio (y no vertical, androcéntrica y autoritaria), y con visión ecológica y de justicia social.

En estas conclusiones se expresa claramente los intereses de las organizaciones comunales para desarrollar una participación activa. Primero se oponen a la privatización, al entenderla como mecanismo de mercantilizar los servicios de salud, no quieren asumir responsabilidades que le corresponden al Estado, el cual con la visión neoliberal imperante se viene retirándose del sector social, incluidos los servicios de salud, también consideran necesario el balancear los conocimientos de la medicina occidental con los conocimientos de la medicina tradicional o popular, pues no tienen por que ser excluyentes. Y son claros en que la participación que les interesa tienen que apuntar a tomar decisiones en los aspectos claves como son la asignación de recursos y la priorización de acciones, de otra forma estarían solamente apoyando en la gestión de los servicios de salud. Se señala con claridad la necesidad de que para lograr esta participación es requisito que el personal de salud se forme adecuadamente para desarrollar relaciones horizontales y abandonen sus posiciones tecnocráticas y verticales.

También hacen propuestas (COPROSA, 1996, pág. 22) sobre sus deberes para que la participación comunal sea efectiva y útil:

- "Involucramiento de las organizaciones populares en la optimización de los EBAIS.
- Fiscalización del servicio y denuncia de sus desvíos.
- Educación en la prevención de la salud por parte de las organizaciones populares.
- Unión de las agrupaciones populares que trabajan en el campo de la salud integral, para lograr mecanismos de presión para la concertación con el Estado."

Este tipo de críticas y propuestas muestran el grado de avance que tiene las organizaciones comunales hacia el concepto de salud y lo que implica la participación comunal, como componente vital de la construcción social de la salud. Definitivamente los líderes comunales y las comunidades tienen un enorme potencial para aportar en la discusión general de por donde avanza la Reforma de Salud y como ir haciéndola realidad, asumiendo su respectiva responsabilidad.

1.1.9 Características generales del Cantón de Montes de Oro:

Para efectos de esta investigación nos centraremos en las comunidades del Cantón de Montes de Oro, provincia de Puntarenas, que tiene una población de 10,611 habitantes (INEC, 2000), con una extensión de 244.76 Km² y dividida en tres distritos: Miramar (6,224 hab.), Unión (1,752 hab.) y San Isidro (2,635 hab.).

La cabecera del cantón de Montes de Oca es Miramar, ubicada a unos 20 minutos del Puerto de Puntarenas y a 1 hora y 40 minutos de San José. Es un cantón básicamente rural, pero siguiendo la carretera principal del cruce de la carretera Interamericana hasta Miramar, se observa un sector importante de casas (incluida la misma ciudad de Puntarenas) que tienen las condiciones de la zonas urbanas: casas unas a la par de las otras, servicios de agua, luz y en general fácil acceso a los servicios públicos.

El Cantón de Montes de Oro se puede dividir en dos zonas, la zona de la bajura con un clima cálido y seco, donde la actividad principal es la ganadería y caña de azúcar, presenta un alto grado de urbanización, y la zona de la altura, con clima fresco y lluvioso, cuya principal actividad económica es el cultivo del café y hortalizas, la población es típicamente rural.

El valor del Índice de Desarrollo Social (IDS) coloca en la posición 26 de los 81 cantones del país. Se reconoce a el cantón su alto nivel educativo, con 27 escuelas y el Liceo de Miramar, y la población tiene altos niveles de salud (con tasas de mortalidad general e infantil muy por debajo del promedio nacional). Se ha caracterizado que Miramar es una ciudad dormitorio, pues una parte importante de la población trabaja fuera del cantón, principalmente en Puntarenas. También hay oficinas de diferentes instituciones publicas como MEP, MINSA, MAG, ICE, Banco Nacional, Cruz Roja y otras.

En el cantón hay presencia de alguna industria, sobresale el ingenio azucarero El Palmar y el beneficio y secadora solar de café de la Cooperativa Montes de Oro, además hay presencia de pequeñas industrias de procesamiento de plátanos, yucas y derivados de leche que han logrado extender su comercialización fuera del cantón. Hay mucha actividad comercial y nuevas urbanizaciones en proceso, la actividad turística es incipiente, pero se ha señalado como de potencial importante.

El grado de organización en el cantón es importante, existiendo una gran cantidad de organizaciones comunales, que típicamente están atomizadas y con poca o nula coordinación entre ellos. Actualmente se destaca un férreo enfrentamiento entre grupos que apoyan para que opere una empresa que pretende extraer oro con la modalidad de mina a cielo abierto, y otros que se oponen rotundamente ante el riesgo de daños al ambiente y especialmente a la disposición y calidad del agua.

1.2 Justificación

Con este trabajo se dará un aporte desde el terreno práctico de la construcción de la salud local, al interesante debate sobre la participación en las sociedades modernas. Puesto que la participación es un derecho en la democracia, un deber de la ciudadanía con el bienestar de la colectividad y un elemento central para acercar los servicios a la población, es necesaria su profundización en cuanto a implicaciones, obstáculos que enfrenta y mecanismos eficaces que potencien desde las mismas comunidades la participación como medio de avanzar en su desarrollo, partiendo de las necesidades y esperanzas de la población y tomando decisiones “con, para y desde el pueblo”.

También se espera ayudar a describir la consecuencia en la participación comunal, de la influencia que tienen las políticas de promoción de la participación (definidas por los niveles superiores) en el marco de la reforma del sector salud y la expresión concreta que se da en los trabajadores de salud y los líderes comunales sumando esfuerzos para avanzar en la gestión local en salud en el Area de Salud de Montes de Oro y el trabajo de los EBAIS.

Con estos insumos se podrá hacer observaciones críticas a las políticas institucionales del MINSA y la CCSS, que enmarcan, condicionan y promueven la participación social y hacer recomendaciones prácticas para avanzar en mecanismos que ayuden a mejorar la participación comunal especialmente en la necesaria coordinación de funcionarios de salud y líderes comunales que trabajan por la salud local.

También se determinará las necesidades concretas que sienten los y las líderes comunales para poder participar en la construcción social de la salud y en la planificación del trabajo del Area de Salud, pues se ha caracterizado en el Modelo Readecuado de Atención a la participación social activa de todos los actores involucrados como indispensable para mejorar el estado de la salud de las comunidades.

En síntesis se espera contribuir a que los funcionarios de salud y los líderes comunales del Area de Salud de Miramar, puedan reconocer y reflexionar sobre las políticas, acciones y condiciones que influyen en la promoción de la participación comunal como medio para avanzar en la gestión local en salud de las comunidades del área. Y desde este análisis, sustentado en elementos teóricos y sumándolo a otros trabajos de investigación y sistematización de experiencias muy valiosas en este campo, concluir inductivamente aspectos que mejoren la comprensión e implementación de la participación comunal y su aporte específico a la salud y al desarrollo de las comunidades y el país.

Estos aportes son una necesidad en el contexto de una nación que viene perdiendo su ilusión de que el día de mañana será mejor que el ayer, y que se aleja del sistema político y sus espacios de participación, con el peligro de fortalecerse las salidas individuales y dejar de construir al bienestar colectivo. Frente a esto necesitamos una participación ágil y efectiva, respaldada y promovida políticamente desde las instituciones del estado, que recuperen la esperanza de que es posible ser parte del progreso nacional, compartir los deberes y derechos como ciudadanos, y así disfrutar equitativamente de los beneficios del desarrollo del país.

1.3- Planteamiento del problema

- **¿SE ESTA PROMOViendo EN EL MODELO READECUADO DE ATENCIÓN A LA SALUD, EN EL NIVEL PRIMARIO, DEL AREA DE SALUD DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO, DE LA PROVINCIA DE PUNTARENAS, LA PARTICIPACION COMUNAL COMO MEDIO PARA ALCANZAR LA GESTION LOCAL EN SALUD, DURANTE EL 2000?**

1.4- Objetivos de investigación

Objetivo General:

- ♦ Determinar si el modelo readecuado de atención en salud impulsado por la CCSS, en el nivel primario, logra que los trabajadores de la salud y líderes comunales comprendan y promuevan la participación comunal como medio para alcanzar la gestión local en salud

en el Área de Salud de Miramar de Montes de Oro durante el año 2000, para asegurar una construcción colectiva e integral de la salud del cantón.

Objetivos Específicos:

- Analizar las políticas, estrategias, programas y acciones dirigidos a promover la participación comunal a nivel nacional, regional y local y su aplicación en el Area de Salud de Miramar.
- Identificar la concepción de participación comunal que manejan los trabajadores de la salud y los dirigentes comunales del Area de Salud de Miramar.
- Conocer la valoración de los líderes comunales y de los trabajadores de salud sobre la promoción de la participación comunal que se realiza en el Area de Salud de Miramar.
- Establecer la relación entre la participación comunal y la gestión local de la salud en el Area de Salud de Miramar.

1.5- Formulación de Hipótesis:

Hipótesis: Un área de salud donde los trabajadores de salud y líderes comunales promueve la participación comunal logra avanzar en la gestión local en salud y por lo tanto a la construcción colectiva e integral de la salud del cantón.

Unidad de análisis: trabajadores de salud y líderes comunales.

Variable independiente: participación comunal.

Variable dependiente: gestión local en salud.

Relación lógica que se establece: a una mayor participación comunal, mayor gestión local en salud, por lo tanto a menor participación comunal, más lejos de lograr la gestión local en salud en el área de salud.

Capítulo II MARCO TEORICO

En esta sección se aclara y relaciona una serie de conceptos que ayudan a describir y entender los elementos claves tratados en esta investigación, y que ubican en términos de que los resultados que se pueden observar a nivel local, son resultado de procesos más amplios y abstractos que influyen y determinan el comportamiento de las instituciones y las personas.

2.1- Estado Democrático y Participación

En el momento histórico que vive la humanidad, se ha generalizado e incorporado a la vida cotidiana de las personas los regímenes democráticos, como forma de gobierno y de expresión de la ciudadanía⁷.

Los regímenes democráticos se caracterizan fundamentalmente por ser un régimen político (llamado también poliarquía) cuyas instituciones garantizan que las decisiones de gobierno sean adoptadas por representantes electos periódicamente por la ciudadanía, las elecciones sean libres y limpias, las personas puedan ejercer la libertad de expresión, el derecho a la libre organización y el derecho a la información (Proyecto Estado de la Nación 2001).

Estas condiciones “mínimas” de vida democrática en una sociedad (democracia representativa o poliarquía) se ha consolidando, y los ciudadanos esperan y demandan mayores cosas a su democracia. Lo que ha llevado a que los procesos de democratización que se abren paso actualmente son la expresión del “derecho de los pueblos y de cada uno de los conjuntos sociales que los conforman, de ser protagonistas de sus propios destinos, pasando de la democracia representativa a la democracia participativa” (Paganini y Chorry 1990).

El concepto moderno de democracia está estrechamente vinculado con el de una sociedad en la que todos los ciudadanos puedan participar. Por lo que se requiere crear instancias que hagan posible y viable el ejercicio del control social sobre las acciones de los gobernantes, teniendo una injerencia directa en los aspectos centrales de la vida y destino de esa sociedad, por lo que “donde se pueda efectuar una efectiva práctica democrática es un aprendizaje imprescindible para alcanzar la ciudadanía plena en todas sus dimensiones” (Paganini y Chorry 1990).

Estado democrático y participación, son conceptos que están claramente entrelazados y dependientes. La necesidad de participar en el desarrollo se origina en reconocer el derecho que de los ciudadanos, como individuos y como miembros de grupos sociales específicos, tienen de que el sistema político recoja sus intereses particulares, para lo cual la sociedad le debe proveer de “canales institucionales que le permitan intervenir como sujeto protagónico en las decisiones y las acciones que afectan las condiciones sociales de su existencia, sea éstas inmediatas o globales y segundo, el acceso a los medios u recursos indispensables

⁷ Ciudadanía es el conjunto de personas que son titulares de la totalidad de derechos públicos subjetivos, otorgados por el sistema jurídico. (Proyecto Estado de la Nación 2001)

para adquirir la capacidad de aprovechar plenamente dichas oportunidades institucionales” (Tomic citado por Rodríguez s.f.)

En términos generales la participación significa “tener parte en una cosa”, si lo trasladamos al escenario político de un estado democrático, implica que éste debe permitir la participación, pues cada uno de los ciudadanos es la base de ese Estado, lo conforma, lo respalda y de él emana su poder, y para lo que es necesario que el ciudadano tenga parte no solamente de las acciones, sino también de las decisiones (Villalobos 1998).

La participación es inherente a las personas, es un derecho humano básico, que le confiere a la vez obligaciones. Participar implica asumir los deberes que la sociedad le impone a sus miembros, pero no se puede quedar ahí, sino también implica derechos, como el poder de decisión y control sobre las políticas y acciones de las instituciones que están al servicio de la sociedad.

La participación crea conflictos políticos, porque conlleva ingerencia de amplios actores sociales en el análisis y toma de decisiones, lo que implica modificar la distribución y uso del poder, de cuáles intereses y perspectivas prevalecen, llevando a fuertes debates e incluso contradicciones entre los actores sociales. La toma de decisiones conjunta implica compartir el poder, en otras palabras, se trata de democratizar esa toma de decisiones y compartir la responsabilidad con la población y con otros organismos involucrados e interesados en cambiar la realidad y dirigirla al disfrute de mejores condiciones de vida para toda la población (López 1999).

Además repercute en las organizaciones de base fortaleciendo sus perfiles político-organizativos, contribuyendo a generar propuestas y posiciones propias, como base de una participación con sentido de pertenencia a la parte de otros intereses sociales, como los de los funcionarios estatales.

También participación necesita un “intercambio y redistribución necesarios del saber, que rompa el monopolio del saber técnico como requisito único para programar racionalmente las acciones sociales, y el mito de que el saber popular es la única orientación de la acción. Esta confrontación y complementación de saberes podrá generar una nueva racionalidad política capaz de superar las formas tecnocráticas y eficientistas o clientelistas y asistencialistas en la prestación de servicios” (Nirenberg y Perrone 1990, pág 18). Superar estas visiones requiere la participación de la gente, a la que se le debe respetar, escuchar y reconocer que maneja un conocimiento popular valioso, de origen empírico y enraizado en la experiencia histórica de los pueblos, el cual tiene también que aportar al desarrollo de las naciones. A la vez que reconocer que para poder opinar sobre los asuntos del desarrollo económico o social de un pueblo es necesario manejar el conocimiento técnico, de origen científico, y en especial su lenguaje, que manejan los funcionarios y técnicos. Si el pueblo no lo maneja el conocimiento científico y los técnicos no respetan el conocimiento popular, se dará un diálogo de sordos y la participación se imposibilitará.

2.2- La concepción de Salud

Dentro de los sectores que conforman el Estado, se distingue con claridad la institucionalidad del Sector Salud, como uno de los pilares del desarrollo de los pueblos. La concepción de salud y por lo tanto lo que implica trabajar por la salud de las personas ha venido cambiando en el tiempo, y aunque ha evolucionando, podemos encontrar coexistiendo varias de ellas en la actualidad, por lo que es necesario revisar este concepto y su relación con la participación.

Haciendo una revisión de la evolución del pensamiento humano, nos podemos ubicar cuando surge la concepción mecanicista para analizar las cosas, el cual propone que "en realidad nada esta vivo en el mundo", que las cosas, incluidas las personas, son como máquinas y que funcionan gracias a estímulos externos

Más adelante en la historia, con la invención del microscopio, se empezaron a descubrir gran cantidad de microbios causantes de enfermedades, con lo cual se llegó a concluir que cada enfermedad era causada por un tipo específico de germen. Con lo cual se dio un enfoque unicausal a la salud-enfermedad y se fortaleció con el pensamiento mecanicista, al simplificar la explicación de la aparición de una enfermedad a una sola causa y lógicamente a superar esa enfermedad combatiendo esa causa, visión reduccionista. De inmediato esta concepción fue aplicada en los métodos de curación típicos de la medicina privada y hospitalaria, y para enfrentar las enfermedades relacionadas a estilos de vida de las personas y su relación con el ambiente, impulsaron la higiene pública y la higiene personal. Lo que significó un retroceso, del avance que implicaba buscar explicaciones más integrales de la aparición de enfermedades como resultado de la incidencia de varios factores.

Con esta visión se considera a la salud y a la enfermedad como hechos aislados, y no como parte de un mismo proceso, y "otros elementos como el ambiente, las relaciones sociales, las estructuras económicas y políticas son consideradas de manera secundaria" (Vargas 2001). Por lo que trabajar por la salud, era atacar los agentes causantes de las enfermedades sin ver el contexto y sus implicaciones, lo cual lo realizan los "especialistas" y las personas son objeto de estudio.

Posteriormente se da en el campo de la salud la concepción biologista y asistencialista, que se ha convertido en el enfoque tradicional de los servicios de salud, donde se hace énfasis en tratar las causas biológicas de la salud-enfermedad, y cuyo responsable de atender o recuperar la salud es el estudiado en la materia, el médico, y el paciente se le asigna un rol pasivo y receptivo de las instrucciones médicas, sin acceso a información sobre su problema de salud y sin profundizar en las causas.

Además esa atención era individualizada, por lo que saca al paciente de su contexto social, "se fomenta una cultura individualista de la atención de la salud, limitando la participación básicamente al cuidado de la salud personal y a nivel familiar, por lo que esta perspectiva no trasciende a la vida social"(Vargas 2001, pág 22). Pero si tuvo un efecto inmediato al generarse un mercado de la salud, o sea se le puso precio a la salud convirtiéndola en una mercadería que se puede comprar y vender.

La OMS en 1948 define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia", lo que introduce una visión multicausal, y aunque logra acertar en que la salud tiene fuertes relaciones con las condiciones sociales, se le pueden hacer importantes críticas (Antología del Curso Epistemología de la Salud 2000 y Gómez 1999):

- a) Cuando habla de "un estado", como si la salud fuera un lugar donde se puede llegar y no hay nada más allá, cuando la salud es un medio para alcanzar el bienestar de las personas.
- b) Agrega que es un estado completo, o sea, perfecto de bienestar, lo cual deja la idea de llegar a un "paraíso terrenal" donde logremos la perfección del ser humano, lo que responde a algunas ideas del origen y fin de la humanidad, pero no una posibilidad real.
- c) Indica que biológicamente las personas pueden llegar a la completa salud, o sea no tener ninguna enfermedad, lo cual está contra toda lógica pues las personas nunca han estado libre de toda enfermedad y su mismo desarrollo implica niveles de desgaste, de tal forma que la enfermedad es una expresión de adaptación al medio ambiente.
- d) En lo social, pensar en una sociedad perfecta, sin enfermedades, es una utopía más que algo realizable.
- e) Y finalmente esa concepción refuerza la actitud de la atención médica de culpabilizar a los pacientes de haberse enfermado, desconociendo la acción de los condicionantes de la salud sobre esa persona.

El concepto de salud ha seguido evolucionando y en los últimos tiempos surge el concepto del fenómeno Salud-Enfermedad como un proceso, se ha entendido la enfermedad como parte de la vida, y manifiesta la adaptación de las personas a sus condiciones de vida, o sea, cada persona está inserta en procesos sociales, económicos, políticos, ambientales y culturales, y el producto de esa relación produce un estado de más o menos salud, el cual cambia al cambiar las relaciones del individuo con los factores que condicionan su salud-enfermedad. Esto rompe de plano con la monocausalidad y pone de relieve la multicausalidad de este fenómeno.

Las condiciones de vida pueden sufrir mejoras o deterioro, por cambios en los procesos sociales y naturales que tiene una sociedad en general, que repercuten en los individuos, o por acciones individuales o de grupos sociales que inciden en ellas. Las condiciones de vida forman una red de interacción dinámica que condiciona el proceso salud-enfermedad.

Para el Dr. Pedro Luis Castellanos (1999) existen cuatro dimensiones:

- Procesos biológicos: relacionados al potencial genético y la capacidad inmunológica, que incluye datos de nacimientos, muertes, consultas y enfermedades.
- Procesos Ecológicos: incluye el macroambiente (desastres naturales) y microambiente (el medio inmediato de los individuos: vivienda, servicios básicos, etc.).
- Procesos de Conciencia y Conducta: relacionados a los aspectos culturales y multiplicadores de las formas de conducta, como los hábitos, costumbres, organización comunal, etc.
- Procesos Económicos: referidos a formas productivas, distribución y consumo de bienes y servicios, incluye los servicios de salud.

En el último cuarto del siglo XX se construye la visión de la salud como producto social, donde la situación de salud “es la resultante de las acciones que todos los actores sociales ejecutan con el propósito de proporcionar las mejores opciones, es decir las más saludables, a todos los ciudadanos para que desarrollen individual y colectivamente, sus potencialidades en aras de alcanzar el máximo bienestar comunitario” (Gómez 1999)

Con esta concepción se establece claramente que las organizaciones del sector salud solo son responsables de una parte de la producción de la salud, y que cada uno de los actores sociales tiene su parte en lograr el mayor bienestar posible.

La CCSS retoma esta visión y la especifica más al definir la salud como “un producto social obtenido de la convergencia de los esfuerzos de personas, organizaciones e instituciones y de los recursos ambientales, económicos, sociales, políticos y de servicios de salud, producto de las acciones que realizan los diferentes actores sociales por medio de su interacción y los que de una u otra manera intervienen en la producción social de la salud” (Vargas 2001)

Se reconoce que las personas y las comunidades, como actores sociales, debe ser un sujeto activo, propositivo, gestor y decisorio, en la adecuada utilización de los recursos globales de la sociedad y en particular de los servicios de salud, para aportar al logro de un nivel óptimo de salud colectivo.

También nos señala la salud como producto social, que la expresión de grados diferentes de salud en las comunidades e individuos, es causada por diferentes manifestaciones de las condiciones de vida y determinantes de la salud⁸.

2.3- Gestión Local en Salud

La visión tradicional de la salud biologista y medicalizada, opera de tal sentido que por ejemplo enfermedades como “la diarrea, la malaria, los parásitos y infecciones respiratorias se atienden con sus medicamentos respectivos, pero en no pocas ocasiones se olvida el contexto social, económico, cultural o geográfico que determinó su aparición” (Villalobos 1988).

Esta demostrado que los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados, se les denomina determinantes de la salud, por lo que trabajar por la salud de una población debe incluir una serie de políticas y acciones destinadas a afectar el conjunto de determinantes de la salud que inciden sobre esa población. Esto abarca desde las actividades individuales como el comportamiento de los individuos y los estilos de vida, hasta los determinantes más sociales como los ingresos, la educación, el trabajo, las condiciones laborales, los servicios sanitarios apropiados, la posición social y las condiciones del entorno físico. La combinación de todos estos factores producen las

⁸ Determinantes de la salud: conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.(ACOSAP 1985)

condiciones de vida⁹ que repercuten en el proceso de salud-enfermedad de las personas y las comunidades

Por lo tanto es necesaria la gestión local en salud, para trabajar con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad, que aborde el la salud de la población en su totalidad y determine aspectos biológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen sobre el individuo y la colectividad, para lo cual es necesario un trabajo interdisciplinario que caracterice las acciones que se realizan en procura del bienestar de la población, así como un decidido involucramiento de la población en la gestión.

Cuando la OPS hizo la propuesta de crear los Sistemas Locales de Salud o SILOS, era con la intención de facilitar la vinculación población-servicios. Pues define a los SILOS como el “conjunto de recursos de salud interrelacionados y organizados mediante un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas y rurales, diseñados a partir de las necesidades de la población, definidas en términos de riesgos y asumiendo la responsabilidad de la atención de los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente, con capacidad de coordinar los recursos disponibles, sectoriales o extrasectoriales, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del sistema nacional de salud, al cual vigoriza y confiere una nueva direccionalidad.” (OPS 1989, pág 33)

Esta propuesta integra recursos, un espacio geográfico delimitado y “una población objetivo con base territorial y capacidad presente o potencial de actuar conjuntamente en beneficio de la salud colectiva” (Nirenberg y Perrone 1990, pág. 12). Este importante vínculo entre población y servicios actualmente sigue siendo válido y necesario a profundizar, lo que procura retomar la propuesta de la creación de los Equipos Básicos de Atención Integral o EBAIS, pues tiene en su base la concepción de salud como producto social, reúne los elementos esenciales para la gestión local en salud, con participación comunal, en procura de niveles óptimos de salud y bienestar para todos.

2.4- Participación comunal

La comunidad. Aclaremos primero el concepto de comunidad, para Luz Estela Vásquez una comunidad “es un grupo concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio, con diversas formas de organización social, sus integrantes comparten con distinta intensidad características socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas, e intereses, aspiraciones y problemas comunes, entre los cuales se incluye a la salud” (Vásquez citada por Villalobos 1988, pág. 4).

El sentido de comunidad, o pertenencia a un determinado grupo social, se expresa en función de buscar en colectivo el bienestar, partiendo de que el conjunto de personas tienen intereses, aspiraciones y características en común, que les permite unir esfuerzos y voluntades para trabajar juntos, de tal forma que el progreso logrado para todos implique beneficios para cada uno de sus miembros.

⁹ Condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan, y son producto de las circunstancias sociales y económicas y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo. (6)

Entonces entendamos comunidad a la gente viviendo colectivamente, bajo alguna forma de organización y cohesión, donde sus miembros comparten características políticas, económicas, sociales y culturales , así como aspiraciones e intereses. Los representantes deberán reflejar estos intereses y prioridades de los habitantes. La comunidad debe reconocer y comprender su situación, necesidades, problemas prioritarios y realizar acciones apropiadas a éstos. Para ello, es necesario el poder contar con el apoyo del gobierno e instituciones intersectoriales que trabajen junto a las comunidades tomando en consideración cuál es la situación política y socioeconómica de cada zona geográfica.

La comunidad se organiza y actúa por medio de diferentes y muy variadas organizaciones: comités de salud, educación, vivienda, calle, ecologistas, etc. Al procurar el bienestar comunal estas organizaciones participan por ende en salud, pero actúan en forma dispersa, poco coordinada y sin una orientación para que sus actividades y decisiones se enmarquen dentro del objetivo de desarrollo integral de la comunidad. Se entiende por desarrollo comunitario, aquel que genera mejores condiciones de vida para la población, basándose en el desarrollo económico y en una mejor calidad de vida.

Modalidades de participación. Con un acuerdo social básico de que la participación de las personas es necesaria para velar y mejorar su salud, el problema que se plantea es el cómo se hace para participar. Y dentro de la discusión del cómo, surge una gran cantidad de visiones y formas en la que se entiende que la gente puede participar. Haremos un rápido recorrido por esas formas, retomando y agrupándolas en tres grandes modalidades de participación (Vuori 1992):

- **Participación de las "élites" de la comunidad:** encontramos este tipo de participación cuando las instituciones con su autoridad designan a las personas que van a participar, por su identificación con lo que hace la institución o liderazgo que tenga en la comunidad. Básicamente su función es la de legitimar los programas o planes llevados por las instituciones a las comunidades y facilita la aplicación de los mismos.
- **Población asesora a las autoridades:** en este caso las instituciones buscan la consulta con grupos de la población, les participan de información y planes de lo que piensan que se debe hacer para conocer su opinión y recibir sugerencias. Con lo que se legitiman los planes traídos desde afuera, dejando la sensación de que se tomó en cuenta su opinión y generando alguna retroalimentación a las instituciones. En el mejor de los casos se permite una aproximación de los puntos de vista del funcionario con la población y se comprende mejor el proceso de planificación en salud y la definición de prioridades.
- **Población comparte la toma de decisiones:** es en este nivel que la comunidad puede compartir el poder al participar en la toma de decisiones, que se puede dar teniendo la población una representación minoritaria en el espacio decisorio, lo que reconoce que formalmente hay representantes de la comunidad con voz y voto, pero prevalecen los criterios de los funcionarios e instituciones al estar en mayoría. Y finalmente si los representantes de la población están en mayoría donde se toman las decisiones, tanto participan comunidad como funcionarios, pero la población

posee una voz predominante a través de su participación directa, control de votos y el papel de los técnicos y funcionarios es la de asistirlos, recomendar, promover y facilitar, para que la población ejerza ese poder con sabiduría.

Roberto Briceño, 1998, amplía este análisis, en el Cuadro 2.1 se presenta una síntesis de su sistematización. Estas modalidades no agotan todas las posibilidades que se han dado de participación comunal, y en la actualidad se pueden encontrar diferentes expresiones de participación comunal coexistiendo en la misma sociedad.

Cuadro 2.1

Síntesis de contextos, modalidades y características de la participación comunal.

Contexto de la participación comunal	Modalidades de participación	Características
La guerra fría, entre los años 40-60s. Marcada por la planificación centralizada y la revolución socialista cubana. Dos fines: A- Promover la iniciativa individual-privada frente al centralismo y estatismo. B- Organización de la población que lleva al comunismo.	Como manipulación ideológica	“Desarrollo comunitario” visto como caridad. Mecanismos para legitimar la empresa privada.
	Como mano de obra barata	Incorporar a la población en la construcción de infraestructura. Abaratar los costos: por falta de recursos o por asumir responsabilidad de la salud.
	Como facilitadora de la acción médica	Ayuda a la atención médica, reconociendo el saber médico como determinante para la salud.
	Como subversión	No promovido por agentes estatales. Mecanismos de acción popular, que al no calzar con la propuesta dominante se consideraban subversivos, con la consecuente represión.
La crisis de las ideologías, participación contra el partido centralizado. Idea de presencia ciudadana y conquista de parcelas de poder.	Como movimiento de base.	Acción popular organizada y autónoma. Identificación y educación de los pobres, para sacar los valores del opresor. Requisito concientizar la población.
	Como promoción popular	Promovida desde los gobiernos demócrata cristianos. Participación como tercera vía, ni comunismo ni capitalismo.
Programas de Ajuste Estructural, transformación del Estado, su disminución y cambio de funciones, y como panacea de los programas sociales.	Como complemento al Estado	Complementa funciones del Estado, reconociendo su incapacidad de resolver todos los problemas. Reducir costos o que la población los pague. Transferencia de la gerencia de servicios a la sociedad civil, buscando eficiencia y calidad.

Abarca participación de la sociedad civil y proceso de descentralización	Como privatización	Injerencia de la empresa privada y organizaciones no gubernamentales que lleva la privatización de la responsabilidad y ejecución, diferencia esta en tener o no fines de lucro.
Búsqueda de formas democráticas de vida ciudadana y formas alternativas para las políticas públicas.	Como crítica al poder	Espíritu contestatario y crítico del poder. Cambios surgen del actuar y pensar de personas críticas de los patrones dominantes en programas sociales. Crítica transformadora.
	Como organización democrática	Asumen responsabilidad de construcción de alternativas reales. Participación mecanismo de innovación y construcción democrática. Programas elaborados y aplicados con la población, en un proceso de diálogo y negociación. Consciencia y cumplimiento de los deberes y derechos que implica la democracia. Aumenta la confianza y la organización de la población.

Fuente: Barrientos, G. Proyecto de Investigación MASSS, UNED, setiembre 2001, con base en Briceño 1998.

El Dr. Guido Miranda anota que "la gestión con responsabilidad directa de la comunidad es una acción descentralizadora, con traspaso de la autoridad y de la responsabilidad para la toma de decisiones en el uso de los recursos, incluso los económicos" (Miranda, 1994, pág. 353). Esta es la visión de una participación amplia y directa en la toma de decisiones sobre salud en las que las comunidades realmente estarían siendo sujetos activos y compartiendo el poder con los administradores y técnicos de los servicios de salud.

Participación Comunal, es entendida como la "intervención de la comunidad organizada, en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación de acciones en salud" (Ministerio de Salud de Chile 1995, pág. 7) y parte de la necesidad de involucrar a los individuos y sus familias para que asuman la responsabilidad de su salud y su bienestar, tanto a nivel individual como grupal.

La participación comunitaria genera una mayor responsabilidad y comunicación entre los diferentes actores, así como una mayor conciencia en los ciudadanos, logrando una mayor descentralización en la toma de decisiones eficaces y un mayor grado de motivación e interés de la comunidad para aceptar y usar los servicios.

La participación comunal en salud debe concebirse como un proceso mediante el cual, dentro de un marco de desarrollo social integral, se implantan las condiciones para que toda la comunidad organizada comparta con las instituciones del aparato estatal la decisiones y acciones que inciden sobre su estado de salud. Lo que se busca es que "la comunidad

organizada, técnicamente dirigida y políticamente sustentada, puede accionar y tener parte en las decisiones que se relacionan con su salud” (Villalobos 1988, pág. 8). Entonces participación comunal “involucra a las personas en su condición de ciudadanos y a la comunidad como organismo base del Estado moderno, que deciden sobre presupuestación y toman decisiones de gestión, es un elemento esencial en la dinámica, los contenidos y los resultados de la mayoría de los procesos de reforma del sector salud y tiene que ver con su legitimación social” (Tesauros 2000).

El proceso participativo consiste en “adquirir cada vez más influencia en la toma de decisiones, lo cual implica deliberar, generando conocimientos de forma compartida y concertar acuerdos entre actores con diferentes intereses y grados de poder” (Nirenberg y Perrone 1990, pág. 16). Para concretar los procesos de concertación, se requiere espacios de participación adecuados, formas organizativas y metodologías de gestión apropiadas. Se han implementado diversas estrategias para fomentar la participación a través del desarrollo de procesos de deliberación y concertación. Deliberar es coelaborar un conocimiento, que incorpore los puntos de vista de la gente y de los técnicos. Concertar es el proceso de conseguir acuerdos entre distintos actores (grupos de interés) sobre qué se debe hacer o sobre qué se puede hacer para solucionar los problemas consensuados- Además supone que al concertar se adjudican responsabilidades para ejecutar las actividades acordadas. Frecuentemente los procesos participativos en el nivel local se reduce al momento deliberativo, y no se avanza a la concertación. Muchas experiencias iniciaron con amplias expectativas y se cristalizaron en ámbitos formales o burocráticos donde sus miembros perdieron representatividad y los procesos de concertación se frustraron (Nirenberg y Perrone, 1990).

Espacios de participación son los “ámbitos materiales y simbólicos para la continecia¹⁰ de las relaciones interactivas de los diversos actores sociales” (Nirenberg y Perrone 1990, pág. 17). La existencia de espacios para la participación son más probables en la democracia, aunque la democracia representativa no lo garantiza por sí misma. Los regímenes democráticos que procuran intensificar las formas de democracia directa facilitan el desarrollo sistemático de espacios adecuados de participación (Nirenberg y Perrone, 1990).

Formas de participación: la directa o cara a cara y la indirecta o por representantes. La forma directa será posible exclusivamente en el nivel local en las unidades de acción, con espacios de participación como asambleas populares donde los pobladores puedan participar conjunta y periódicamente y a título personal, convalidando o corrigiendo lo realizado por los representantes. Los niveles ascendentes la participación será solo de tipo indirecto o sea, gestionada a través de representantes elegidos democráticamente desde las unidades de acción, las áreas de gestión y los niveles de conducción intermedia (zonal) y superior (central) (Nirenberg y Perrone, 1990).

Participación en la gestión local en salud: Se pretende lograr una mayor participación de las comunidades en los procesos de planificación y aplicación de los proyectos y actividades que se ejecutan a nivel local, mediante la utilización de los recursos disponibles, generando

¹⁰ Continencia: virtud que modera y refrena las pasiones y afectos del ánimo, y hace que viva el hombre con sobriedad y templanza. (Dicc. Lengua Española. XXI Edición. Madrid, 1979.)

un mayor control sanitario. La planificación es una forma de razonar antes de actuar frente a problemas que se pretenden resolver, preside la acción (Nirenberg y Perrone, 1990). Como el proceso de toma de decisiones individual y colectivo, es la esencia del proceso de planificación, en la gestión local en salud se conjuga la presencia de representantes de la comunal y la toma de decisiones, o sea fomenta la participación comunal. La presencia de la organización comunitaria y el recurso de salud, hace posible la interacción directa y el desarrollo de actividades de planificación participativa, y se amarra con la necesidad de que los programas implementados en el primer nivel de atención de la salud deben tomar en cuenta la opinión de las personas a las cuales va dirigido; esto aumentará el impacto y economizará recursos, los cuales son limitados para necesidades, que son ilimitadas

Razones para que las instituciones promuevan la participación comunal:

Razones económicas: Participación de las personas en los programas de inversión como elemento indispensable para reducir costos y multiplicar los beneficios del empleo de recursos escasos. Dinámica del rebusque y la sobrevivencia ... la inventiva y la creatividad populares, y las soluciones por ellas generadas, han llevado a considerar que es mejor contar con el concurso de los pobres en programas públicos y privados, para hacerlos más eficientes y efectivos. Además la gente aprecia, utiliza, o cuida mejor aquellos resultados de acciones en cuya ejecución ha intervenido. (De Roux, 1993)

Razones políticas: rechazar el tratar como objeto a la población y reivindicar su potenciación como sujetos históricos en la construcción de su futuro. Niegan la manipulación y reivindican la intervención ciudadana en la definición de prioridades, en la búsqueda de opciones y la toma de decisiones. Participación como discernimiento y raciocinio. (De Roux, 1993).

Requisitos para la participación comunal. Dentro de los requisitos de la participación comunitaria se encuentran (Vargas, 2001):

- a) un compromiso nacional para apoyar y aceptarla la participación de la colectividad,
- b) una adecuada descentralización de la responsabilidad, autoridad y recursos para ejecutar la atención primaria sanitaria,
- c) la conformación de consejos comunitarios de salud locales, (expresión local del Consejo Nacional de Salud)
- d) fomentar el autocuidado individual y familiar
- e) lograr una adecuada representación ante el Sistema Nacional Salud,
- f) elegir los miembros que conformarán los órganos de las instituciones sanitarias,
- g) mejorar la comunicación tanto a nivel local como con los demás niveles.

Obstáculos a la participación. Los obstáculos que se pueden presentar son (Vargas, 2001):

- a) una estructura administrativa centralizada que imposibilite la toma de decisiones a nivel comunitario,
- b) los costos de que se originan de la participación,
- c) sensación de pérdida de poder en los niveles superiores,
- d) inadecuada distribución del poder entre los niveles,
- e) pérdida de control a nivel local,
- f) percepción de los objetivos en forma diferente por parte del gobierno y la comunidad.

Esferas de acción de la participación: podemos ubicar tres esferas (Salazar, 1995, pág.3):

- a) Legal: para institucionalizar, normar y reglamentar la solución de conflictos de intereses entre particulares o entre particulares y el Estado.
- b) Económica: para obtener políticas de estímulos o desestímulos, y regulaciones que apliquen el principio de compartir costos de mantenimiento o mejora a la salud.
- c) Política: para proponer soluciones que amplíen la participación de la sociedad política y civil, y por esta vía impulsar mejores esquemas de distribución así como de uso de la riqueza y de los recursos.

Motivación de actores sociales para la participación: la movilización de actores que mejore los servicios, requiere de un proceso, que consta de las siguientes acciones (Salazar, 1995, pág.4):

- a) Sensibilización: facilitando a los actores sociales el reconocimiento de las situaciones, problemas o riesgos potenciales que pueden constituir amenazas para la salud.
- b) Motivación: manejo de elementos estimulantes para actuar responsablemente frente a los riesgos o problemas.
- c) Información: suministrando datos y conceptos válidos sobre aspectos no conocidos o mal manejados.
- d) Educación: transfiriendo e intercambiando conocimientos que promuevan buenas instalaciones sanitarias, prácticas y hábitos favorables a la salud.
- e) Consulta: poniendo a la concertación de los actores el papel que debe tener cada uno.
- f) Decisión: logrando acuerdos en el proceso de toma de decisiones.
- g) Movilización: convirtiendo las decisiones en acciones que conduzcan a mejoras del ambiente, de la salud colectiva y de los patrones de conducta.

El proceso debe estar acompañado de un adecuado asesoramiento, monitoreo y evaluación para revisar y ajustar el proceso de participación, lo que se conoce también como retroalimentación o educación continua.

2.5- Relación entre las variables

En la Figura 1 se esquematiza la relación entre las variables del problema estudiado. El marco ideológico político que establece la globalización y el neoliberalismo, es el

dominante, y las propuestas impulsadas por Banco Mundial en la Reforma del Estado, están fuertemente influenciadas, por lo que se han modificado las relaciones y funciones entre Estado y Sociedad Civil, básicamente por la reducción de funciones en el Estado, la privatización y la desregulación de mercados en el país, incluyendo el de salud.

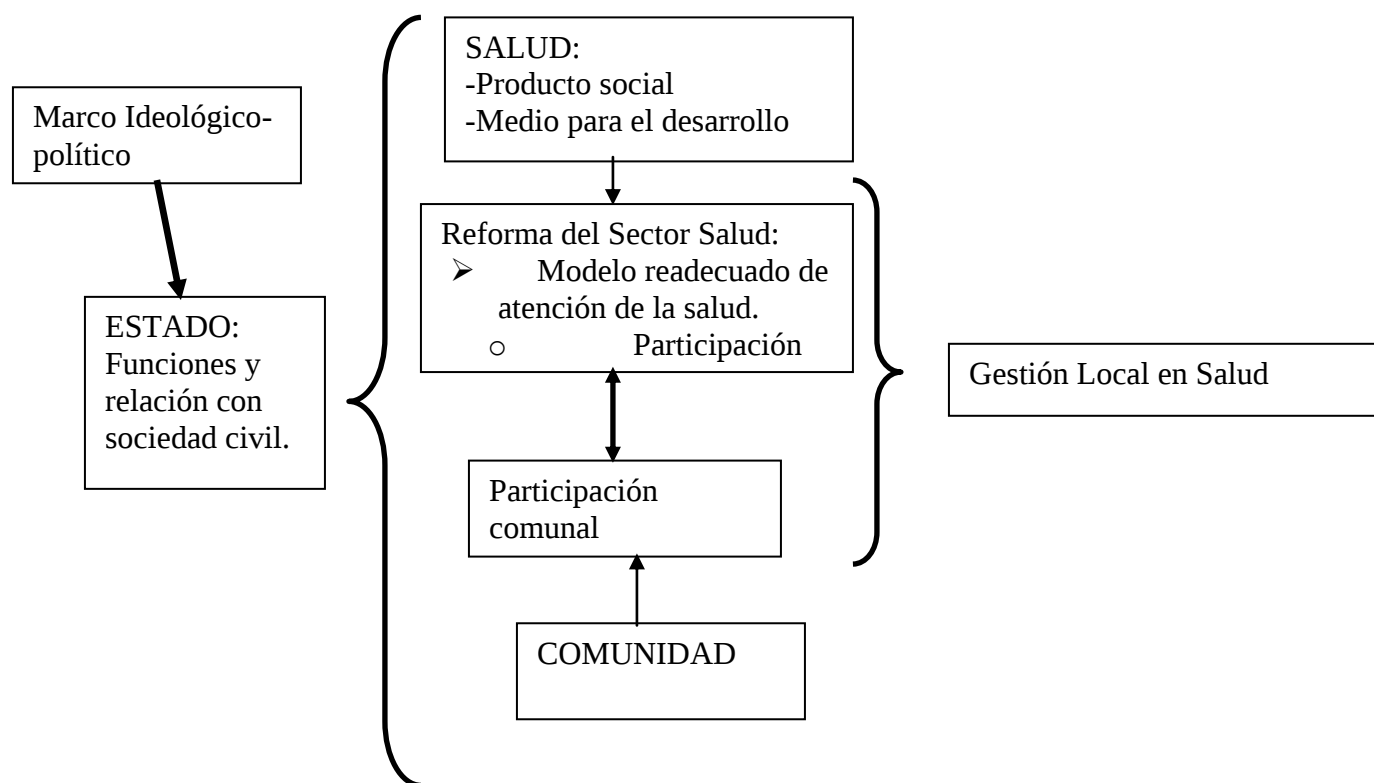
En este contexto es donde se origina la propuesta de Reforma de Salud, que parte de una concepción de salud como producto social, y de la responsabilidad más allá del sector salud para mantener y mejorar la salud, pero con los limitados recursos ante ilimitadas necesidades, se plantea una serie de acciones estratégicas, una de ellas es la Readecuación del Modelo de Atención de la Salud, que explicita la necesidad de implementar la estrategia de la participación social en la gestión local en salud.

La implementación de la participación social esta influenciada por las políticas a nivel nacional que tratan sobre la participación, la capacidad y disposición del personal de salud para implementarla y de la concepción que se tenga de salud y de participación comunal.

Por el lado de la comunidad, esta tiene también su concepción de salud y de participación comunal. Y el cómo se encuentren y complementen las visiones de los técnicos y de los líderes comunales, dependerá mucho la calidad de la participación comunal resultante.

El desarrollo del Modelo Readecuado de Salud con una concepción de atención integral y los frutos que se obtengan de la participación comunal, darán como resultado el nivel de logro en la gestión local en salud, a través de programas y acciones programadas, ejecutadas y evaluadas entre los funcionarios de salud y los representantes de la comunidad, en un proceso de concertación y toma de decisiones.

Figura No. 1
Relación entre las variables estudiadas.



Capítulo III DISEÑO METODOLOGICO

Para el estudio concreto del problema planteado y delimitado en los capítulos anteriores se definió el siguiente diseño metodológico:

3.1 Tipo de estudio:

El presente trabajo es una investigación descriptiva, que analizó el comportamiento del fenómeno en el año 2000 y que utilizó técnicas cualitativas para la recolección de la información.

La intención es describir la concepción y forma de promover la participación comunitaria, que tienen los trabajadores de la salud y los líderes comunales en el Área de Salud Montes de Oro de Puntarenas, y si es un medio que está ayudando para lograr la gestión local en salud y la construcción colectiva e integral de la salud en el cantón.

Es una investigación cualitativa porque con las técnicas de recolección de información lo que interesa es “obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten” (Pineda s.f.) Se busca la interpretación de lo que opinen del fenómeno estudiado las personas que se entrevistaron y comprender como la concreción de esas concepciones está ayudando a desarrollar la gestión local en salud.

3.2 Área de estudio:

El área de estudio de la investigación se limita por razones de tiempo y recursos, a profundizar la manifestación del fenómeno solamente el Área de Salud Montes de Oro, Provincia de Puntarenas definida por la CCSS y durante el año 2000, para conocer su comportamiento actual.

Ubicación y descripción del área de estudio: El Área de Salud de Montes de Oro de la CCSS, que es atendida por la Clínica de Miramar, cubre el Cantón de Montes de Oro y comunidades rurales del Cantón de Puntarenas Centro.

3.3 Universo y muestra:

El universo de la investigación lo formaron:

- los funcionarios de salud que promueven la participación comunal en el Área de Salud Montes de Oro de la CCSS, los que afectan este trabajo local con directrices desde el nivel regional (Región Pacífico Central) y central (Trabajo Social de la CCSS), así como los funcionarios del Ministerio de Salud a nivel local, regional y central que laboran en la promoción de la salud.
- los líderes comunales de las que trabajan por la salud y el bienestar de las comunidades del cantón de Montes de Oro.
- Los funcionarios de instituciones públicas claves en el desarrollo del cantón, que son actores sociales en el proceso de construcción de la salud.

De este universo se trabajó con una muestra que incluyó:

- Funcionarios de salud: De la CCSS: director del Área de Salud Montes de Oro, Administrador del Área, Trabajadora Social, vigilancia epidemiológica, jefa de ATAPs, médico de EBAIS y el grupo de ATAPs. La Jefe de Trabajo Social de la Región Pacífico Central y un funcionario del Departamento de Trabajo Social de la CCSS a nivel Central. En cuanto al Ministerio de Salud: las encargadas de promoción de la salud a nivel local del Área de Salud de Montes de Oro del MINSA, de la Región de Salud Pacífico Central y del Departamento de Promoción de la Salud a nivel central. En total se realizaron 8 entrevistas (fue colectiva la de los ATAPs) en el nivel local, 2 en el nivel regional y 2 (colectiva la del MINSA) a nivel central.
- Líderes comunales, en total 8 entrevistas (dos colectivas: a la Junta de Salud y la Asociación de Desarrollo Las Delicias) de organizaciones comunales: Junta de Salud, Asociación Recreativa Miramarense, Grupo de Maestros Pensionados, Hogar de Ancianos, Asociación de Desarrollo de las Delicias y Asociación de Desarrollo Integral de Miramar.
- Miembros de instituciones importantes del cantón, 4 entrevistas: Directora del Liceo de Miramar, Administrador de la Cruz Roja Comité de Miramar, el Director de la Oficina Extensión del MAG y regidor de la Municipalidad de Montes de Oro.

Del universo se escogieron y realizaron un total de 24 entrevistas, que incluyeron la opinión de 30 funcionarios públicos y dirigentes comunales, dado que algunas fueron colectivas.

3.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos

En total el trabajo comprendió la realización de 24 entrevistas con preguntas de respuesta abierta, que se aplicaron de forma individual o colectivo. Como base se usó guías de preguntas apropiadas para cada informante. Las guías de preguntas utilizadas están el Anexo 2, se hicieron guías específicas para:

- Funcionarios del MINSA a nivel central, regional y local.
- Funcionarios CCSS a nivel central y regional.
- Funcionarios del Área de Montes de Oro (Equipo de Apoyo y EBAIS).
- Líderes comunales.
- Miembros de instituciones presentes en el cantón.

Además se realizó un ejercicio de Juicio Grupal Ponderado con la Junta de Salud (ver metodología en Anexo 3), que por ser una técnica de ponderación de respuestas colectivas y construcción de consenso, es muy útil para explorar las opiniones colectivas más que las individuales.

3.5 Fuentes de investigación primaria/secundaria:

Las fuentes primarias de información fundamentalmente la constituyen las fuentes bibliográficas de investigaciones relacionadas con el tema hechas en el país y fuera de él. También están los documentos de planificación usados en el Área de Salud de Montes de Oro, como el compromiso de gestión y el ASIS.

Las fuentes secundarias se utilizó a personas conocedoras del tema y funcionarios de salud relacionados con la participación social, para que dieran referencia de fuentes primarias, estudios específicos e informantes clave en los niveles local, regional y central.

3.6 Componentes de análisis según variables e indicadores:

Los componentes de análisis se definen y detallan en variables e indicadores en el Cuadro 3.1, cuya construcción parte del problema y objetivos que nos planteamos en esta investigación y su desagregación en variables definidas y como medirlas con indicadores concretos y factibles a comprobar en la realidad.

Problema planteado:

¿SE ESTA PROMOViendo, EN EL MODELO READECUADO DE ATENCIÓN A LA SALUD, EN EL NIVEL PRIMARIO, DEL AREA DE SALUD DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO, DE LA PROVINCIA DE PUNTARENAS, LA PARTICIPACION COMUNAL COMO MEDIO PARA ALCANZAR LA GESTION LOCAL EN SALUD, DURANTE EL 2000?

Objetivo General planteado:

- ◆ Determinar si el modelo readecuado de atención en salud impulsado por la CCSS, en el nivel primario, logra que los trabajadores de la salud y líderes comunales comprendan y promuevan la participación comunal como medio para alcanzar la gestión local en salud en el Área de Salud de Miramar de Montes de Oro durante el año 2000, para asegurar una construcción colectiva e integral de la salud del cantón.

Cuadro 3.1

Desglose de los componentes de análisis del problema según variables e indicadores.

Objetivos	Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores
➤ Analizar las políticas, estrategias, programas y acciones dirigidos a promover la participación comunal a nivel nacional, regional y local y su aplicación en el Area de Salud de Miramar. ➤ Identificar la concepción de participación comunal que manejan los trabajadores de la salud y los dirigentes comunales del Area de Salud de Miramar. ➤ Conocer la valoración de los líderes comunales y de los trabajadores de salud sobre la promoción de la participación comunal que se realiza en el Area de Salud de Miramar.	Participación comunal.	Intervención de la comunidad organizada, en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación de acciones en salud	Políticas y programas Concepción participación comunal. Valoración promoción de la participación comunal.	Existencia de Políticas y programas para promover la participación comunal a nivel Nacional, Regional y Local. Concepto de participación. Concepto de comunidad. Concepto de participación comunal en salud. Tipos y formas de participación. Motivos para participar. Factores que posibilitan la participación. Factores que limitan la participación. Proyectos y acciones en participación comunal. Resultados alcanzados. Formas de participación comunal
✓ Establecer la relación entre la participación comunal y la gestión local en salud en el Area de Salud de Miramar.	Gestión Local en Salud.	trabajar con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad, que aborde el estado de salud de la población en su totalidad, para lo	Concepto de Salud. Modelo Readecado de Salud.	Concepto de salud en trabajadores y líderes. Responsable de la salud. Deberes y derechos. Visión y Misión del Area de Salud de Miramar.

		cual es necesario un trabajo interdisciplinario que caracterice las acciones que se realizan en procura del bienestar de la población, así como un decidido involucramiento de la población en la gestión.	Participación Social	Vivencia de la implementación del MRA. Lineamientos del Compromiso de Gestión. Programas, proyectos y acciones para promoverla PS. PS en ASIS y Plan Estratégico. Coordinación con grupos comunales y otras instituciones.
--	--	--	----------------------	--

Fuente: Barrientos, G. Trabajo de Investigación MASSS, UNED. Setiembre 2001.

3.7 Plan de tabulación y análisis / Cronograma / Resultados esperados

El trabajo de campo para la recolección de la información, se realizó tres etapas:

Revisión bibliográfica:

- Que incluyó el análisis de los documentos de política y directrices elaborados por el MINSA y la CCSS relacionados con el tema. Así como el Compromiso de Gestión y ASIS elaborado por el área. En esta etapa se recogerán datos del tipo de compromiso y acciones previstas en cada documento dirigidos a promover la participación comunal.
- Esta información se comparará con las directrices nacionales en este campo, procurando analizar su coherencia y utilidad para dar direccionalidad al trabajo local.

Entrevistas individuales y colectivas, con preguntas de respuesta abierta:

- A representantes de los 3 niveles de los servicios de salud: oficinas centrales, equipos de apoyo de las Areas de Salud y los equipos de los EBAIS, los equipos de promoción de la salud y trabajo social de la región y a nivel central, para conocer su visión y valoración de la participación comunal en las fases de la planificación en la gestión local de salud, así como los proyectos y acciones que desarrollan para impulsarla.
- A funcionarios públicos de instituciones claves en el desarrollo y la salud del cantón.
- A líderes comunales de las organizaciones presentes en las Areas de Salud, para conocer su visión y valoración de la concepción de participación, las acciones que impulsan las Areas de Salud y EBAIS para promover la participación y las condiciones que consideran necesarias para que se dé una verdadera participación comunal en el proceso de la planificación de la gestión local de la salud..

Finalmente se integrará toda esta información en un análisis global de sus relaciones y interpretaciones, que deriven en conclusiones de la investigación y recomendaciones

concretas para mejorar la práctica y promoción de la participación comunal en salud en la planificación de las Areas de Salud y la construcción social de la salud.

La integración de la información requirió la transcripción de las entrevistas realizadas, que llenaron más de 50 hojas de un rico material de análisis. Que para ordenarlo se le asignó un código a cada informante (Anexo 1), que aparece junto a su opinión, y se definieron 5 grandes temas, definidos a partir de los objetivos específicos trazados, donde ir integrando las respuestas:

- Concepto de Salud.
- Políticas y directrices para promover la participación comunal en salud.
- Concepción de participación comunal en salud.
- Gestión local en salud.
- Valoración de la participación comunal en la gestión local en salud.

Luego cada gran tema, con la información recogida, se dividió en subtemas, que facilitarían la comprensión y la sistematización de las opiniones de los entrevistados y se completó con el análisis de la información con base en elementos de los capítulos de Marco Contextual y Marco Conceptual.

Todo este proceso se desarrolló con el siguiente cronograma :

ACTIVIDADES Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Definición de tema y dimensión de la investigación	X	X	X																	
Revisión bibliográfica		X	X	X	X	X	X													
Elaboración Protocolo de investigación			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Instrumento recolección de información									X	X										
Entrevistas de campo										X	X	X	X	X						
Transcripción entrevistas														X	X	X				
Elaboración de resultados, interpretación y conclusiones																X	X	X	X	
Revisión del informe y observaciones																	X	X	X	

Informe final																			X
Presentación oral																			X

Los resultados que se esperan obtener:

- Grado de conocimiento e implicaciones prácticas de las políticas y directrices que rigen la participación comunal en la gestión local en salud.
- Descripción y análisis del concepto de salud que tienen los funcionarios de salud y los líderes comunales.
- Descripción y análisis del concepto de participación comunal en salud que tienen los funcionarios de salud y los líderes comunales.
- Descripción y análisis del concepto de gestión local en salud que tienen los funcionarios de salud y los líderes comunales.
- Valoración de la participación comunal y la gestión local en salud que se da en el Área de Salud Montes de Oro.
- Conclusiones y recomendaciones para mejorar la participación comunal en la gestión local en salud.

3.8 Limitaciones:

Los limitantes que pueden afectar los resultados de este trabajo:

- Indisposición del personal de salud a dar información, o que eludan comentar sus verdaderas opiniones y acciones, pues muchos funcionarios evitan dar información que luego puede ser utilizada para valorar su trabajo, o dicen una cosa pero hacen otra.
- Que el método de entrevistas de respuesta abierta dificulte el agregar información para realizar una análisis integral del fenómeno, con lo que se podría recolectar mucha información no pertinente a la investigación.
- Como el estudio se limita a un Área de Salud, podría suceder que sus particularidades generen una manifestación del fenómeno del que no se puedan sacar conclusiones generalizables a otras áreas.