GESTIÓN
Y
PARTICIPACIÓN SOCIAL.

PROF. MARÍA DEL CARMEN AMARO CANO.

CÁTEDRA GESTIÓN EN SALUD.

E. N. S. A. P.

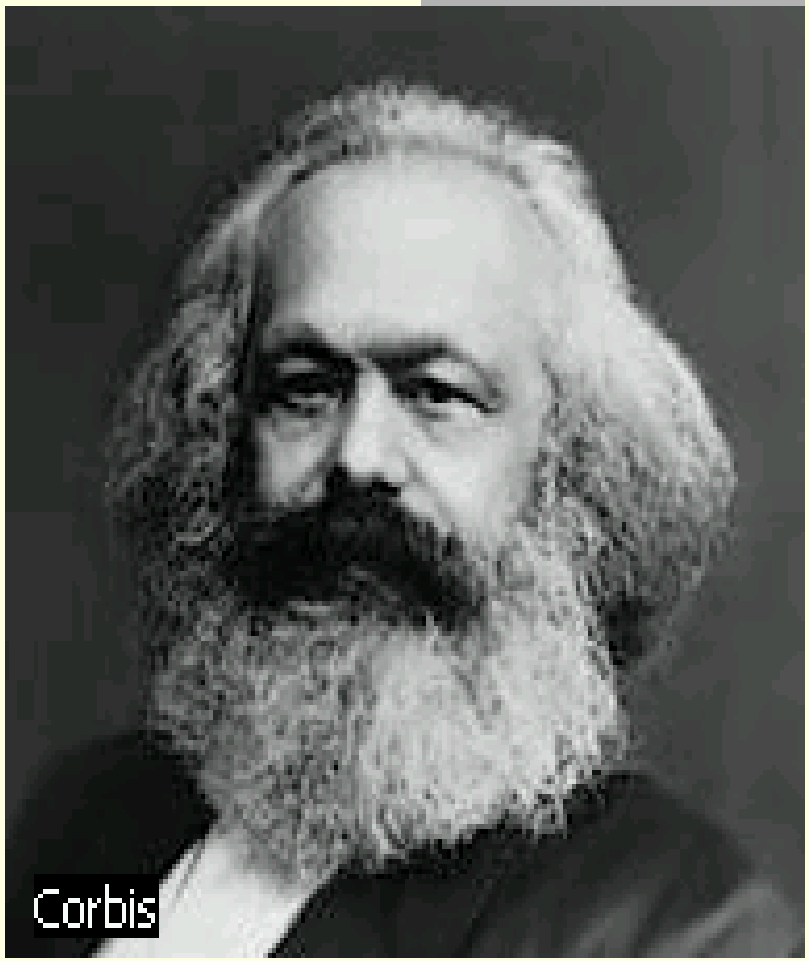
DEDICATORIA

A GRANDES

INSPIRADORES

CARLOS MARX

Karl Marx nació en Tréveris. Fue, junto a Friedrich Engels, el fundador del socialismo científico. Autor del ***Manifiesto Comunista*** y de ***El Capital*.**



5 MAYO 1818 - 14 MARZO 1883

LÁZARO PEÑA GONZÁLEZ

29-MAYO-1911 ---- 11 MARZO 1974

- Lázaro -como solía llamarlo el pueblo- tuvo el privilegio de haber vivido en dos etapas vitales de la historia del país: la de los desafueros de la patronal en los años difíciles de la República y la de impulso y desarrollo de la Revolución cubana y su proyecto socialista.

- En una u otra circunstancia **ocupó siempre la primera línea de combate** con su palabra y su acción.

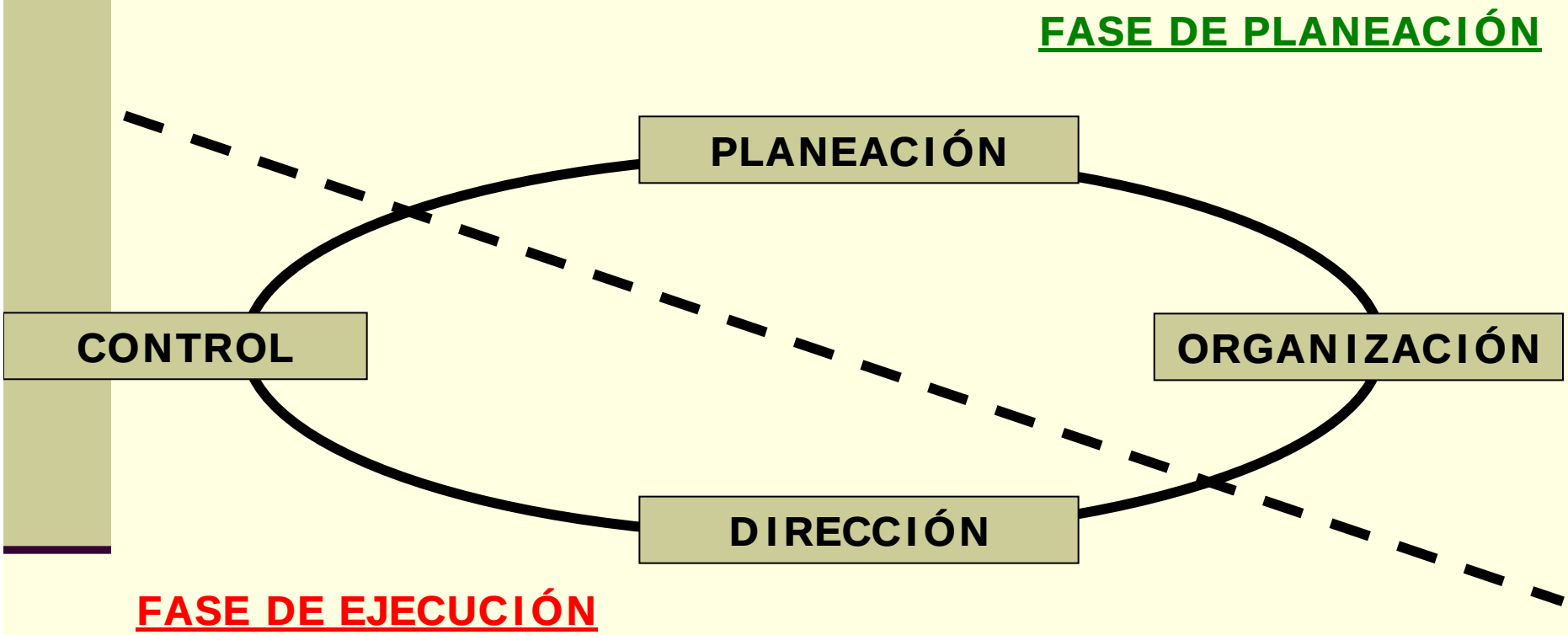
CONCEPTO DE GESTIÓN

- Conducción racional de las actividades de una organización, sea lucrativa o no.

- Trata del planeamiento, de la organización, de la dirección y del control de todas las actividades diferenciadas por la división del trabajo que ocurren dentro de una organización.

- **Términos afines:** Dirección, Administración, Gobierno, Gerencia, Mando.

EL CICLO ADMINISTRATIVO



LAS 3 OBLIGACIONES PERFECTAS

- OBJETO SOCIAL
- OBSERVACIÓN INTELIGENTE
- OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO

LAS 3 D

- DIGNIDAD
- DEDICACIÓN
- DISCIPLINA

LAS 4 C

- COMUNICACIÓN
- CREATIVIDAD
- COMPROMISO
- CONTROL

LAS 4 E

- EFICIENCIA
- EFECTIVIDAD
- EFICACIA
- ÉTICA

PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

- ✓ TENER BIEN IDENTIFICADA A LA PERSONA MÁS IMPORTANTE
- ✓ RECONOCIMIENTOS OPORTUNOS
- ✓ ABOLIR ATMÓSFERA DE CULPA
- ✓ APRENDER DE LOS ERRORES
- ✓ TRABAJAR EN EQUIPO
- ✓ CONTROLAR ≠ BUSCAR CULPABLES
- ✓ TENER COMO META EL MEJORAMIENTO PERMANENTE DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Proceso en virtud del cual las personas, sus familias y la comunidad a la que pertenecen **participan activamente** en el mejoramiento de su propio desarrollo económico y social comunitario, a partir de su mayor capacidad para evaluar su propia situación, identificar sus fortalezas y debilidades, reconocer las amenazas y oportunidades y, en consecuencia, encontrarlas mejores fórmulas para la solución de sus problemas comunes. Esta actuación convierte a estas personas en **agentes de su propio desarrollo**, improvisando e innovando; pero sobre todo, **ejerciendo su derecho a la libre elección de las mejores soluciones**, sin tener que aceptar soluciones convencionales inadecuadas, dictadas por otros sujetos que NO están tan involucrados como ellos mismos.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

- **Década años 50s =** animación rural o desarrollo de la comunidad. Enfoque científico con propuestas de introducción o transferencia de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de la población.

- **Características de la participación =** capacidad de organizarse y movilizarse en torno a programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional.

INFORME DE LA OMS

- **1960 =** 60 países con programas comunitarios.
- **1965 =** la mayoría de estos proyectos comenzaron a desaparecer o a ser drásticamente reducidos.
- **Década de los años 70s =** estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad.

LAS AMÉRICAS.

- **1977 =** Los Ministros de Salud de las Américas declararon que la atención primaria constituía la principal estrategia para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000".
- **Se recomendó** la participación de la comunidad como uno de los métodos más importantes para extender las coberturas de los servicios de salud a la población.
- **Este concepto fue incorporado** por la Organización Panamericana de la Salud, de la OMS.

ALMA-ATA, ANTIGUA URSS. 1978

Durante la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud** se formalizó la definición de la participación de la comunidad como:

- "El proceso en virtud del cual **los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad** y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. **Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes.** Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que **no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes.** Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, **así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costos relativos".**

CONCEPTOS: P. COMUNITARIA Y SILOS.

- **1983 =** Estudio de casos que contribuyó a la formulación de esos conceptos.
- **1988 =** Otra serie más extensa de estudios de casos, bajo los auspicios de la OPS, diseñados como estudios de factibilidad para evaluar las posibles estrategias para la participación comunitaria.
- **Durante los años 1988 y 1989 =** Auspiciados por la OPS otros talleres, con el propósito de intercambiar experiencias sobre el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Elementos fundamentales debatidos en estos talleres:

- factores que favorecen
- principales obstáculos para introducir la participación comunitaria en salud.

PRINCIPALES OBSTÁCULOS

- Políticas de salud desfavorables.
- **Centralización excesiva tanto por los gobiernos como por los sistemas de salud.**
- Exceso de profesionales de la salud.
- **Poco espacio dentro del sistema para el desarrollo de una participación efectiva.**
- Carencia de un concepto claro de participación comunitaria.
- Falta de niveles mínimos de desarrollo y organización de la población.
- Falta de mecanismos apropiados para la participación.
- Falta de voluntad política.

Las nuevas estrategias no han logrado la incorporación activa de la población en la salud.

- La participación se mantiene como un hecho coyuntural.
- Si bien la gente participa algo más en las acciones, **su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud**, las prioridades, los programas y los servicios de atención.

CONTEXTO NACIONAL

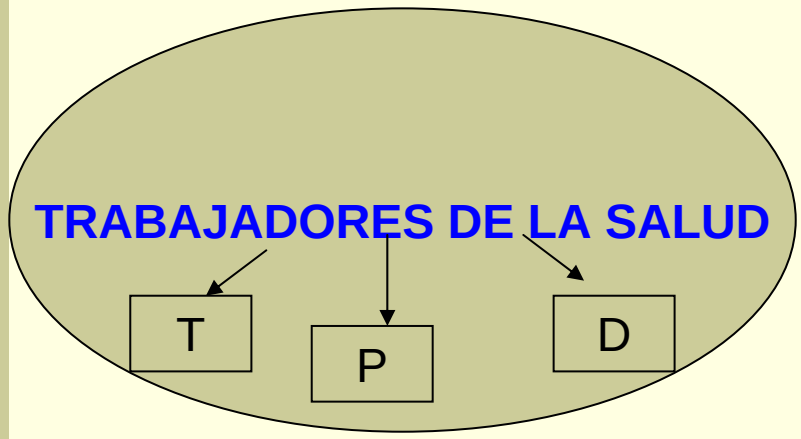
- La participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos como parte de la propuesta revolucionaria a partir de **1959.**
- En su **evolución histórica** se introdujeron modificaciones para fomentar esta participación.
- **En 1964** se creó el **primer policlínico integral**, que contribuyó al perfeccionamiento de la participación comunitaria,
- **En 1975** se continuó ampliando con la medicina comunitaria y la creación de los llamados **"Consejos de Salud del Pueblo".**
- **En 1984**, con el **Nuevo Modelo de APS, el Médico y Enfermera de Familia**, esta actividad ha sido paulatinamente desplazada hasta existir apenas en la actualidad en la modalidad colaborativa.

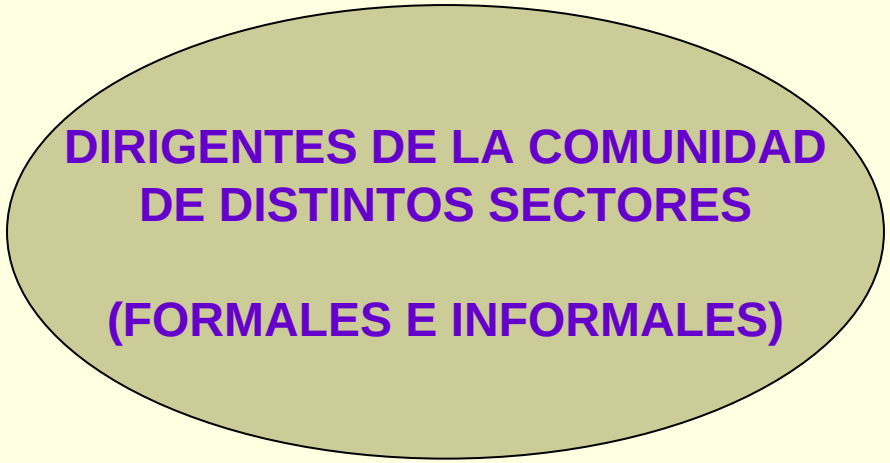
ESTRATEGIA DEL MINSAP.

- **Fortalecimiento** de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud, dentro del propio proceso de fortalecimiento de la APS.

- **Reconocimiento** de la importancia de la función de los Consejos de Salud, de las instancias intersectoriales de coordinación al nivel nacional, provincial y municipal, así como del movimiento de municipios por la salud.

SUJETOS INVOLUCRADOS



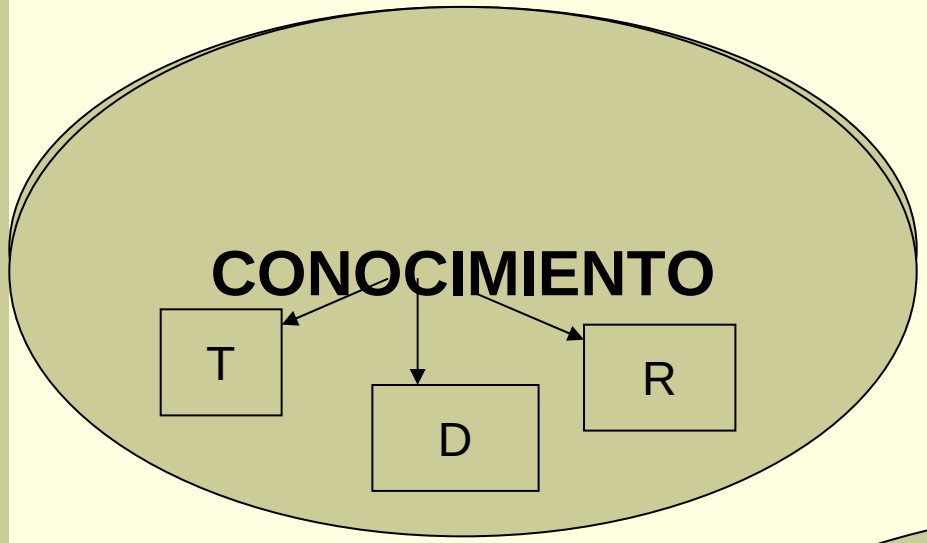


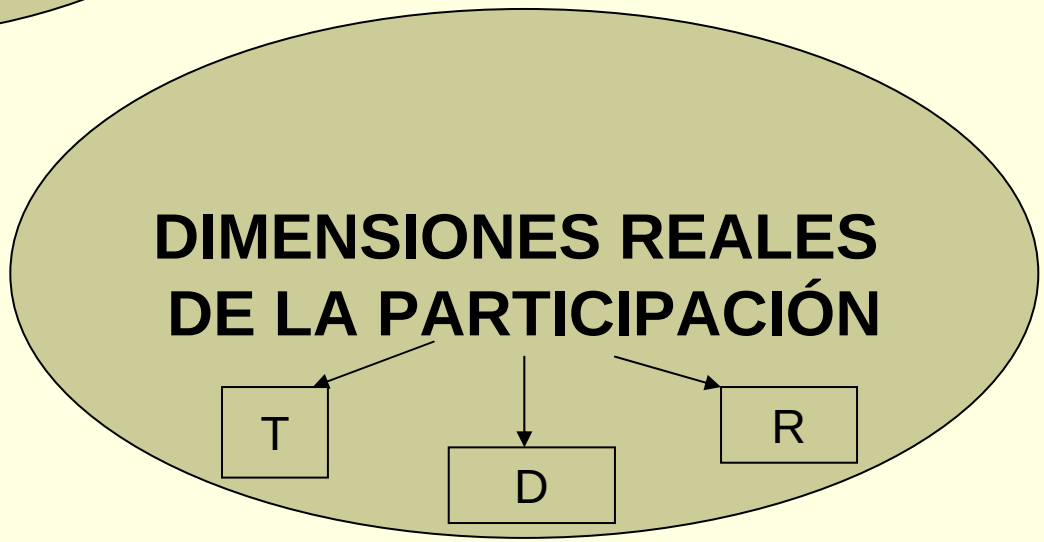
SOPORTES LEGALES Y ESTRUCTURAS SOCIALES

- **Soportes legales:** leyes, decretos y lineamentos que avalan la participación comunitaria.

- **Estructuras sociales:** organismos, asociaciones y grupos sociales que existen en la comunidad.

COMPETENCIA Y DESEMPEÑO





RESULTADOS DE INVESTIGACIONES PARA CARACTERIZAR LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

- **No existe** participación comunitaria según la definición de Alma Ata.

- **La principal modalidad:** colaborativa.

Principales causas:

- a) No existen mecanismos creados por la comunidad; y los grupos que existen no funcionan en la práctica.
- b) La participación es predominantemente individual.
- c) **La toma de decisiones es a nivel central.**
- d) La comunidad tiene una **influencia nula en la planificación y ejecución de los programas de salud** y una influencia potencial –no suficientemente ejercitada- en la evaluación de los mismos.

PRINCIPAL AGENTE CAUSAL: S. N. S.

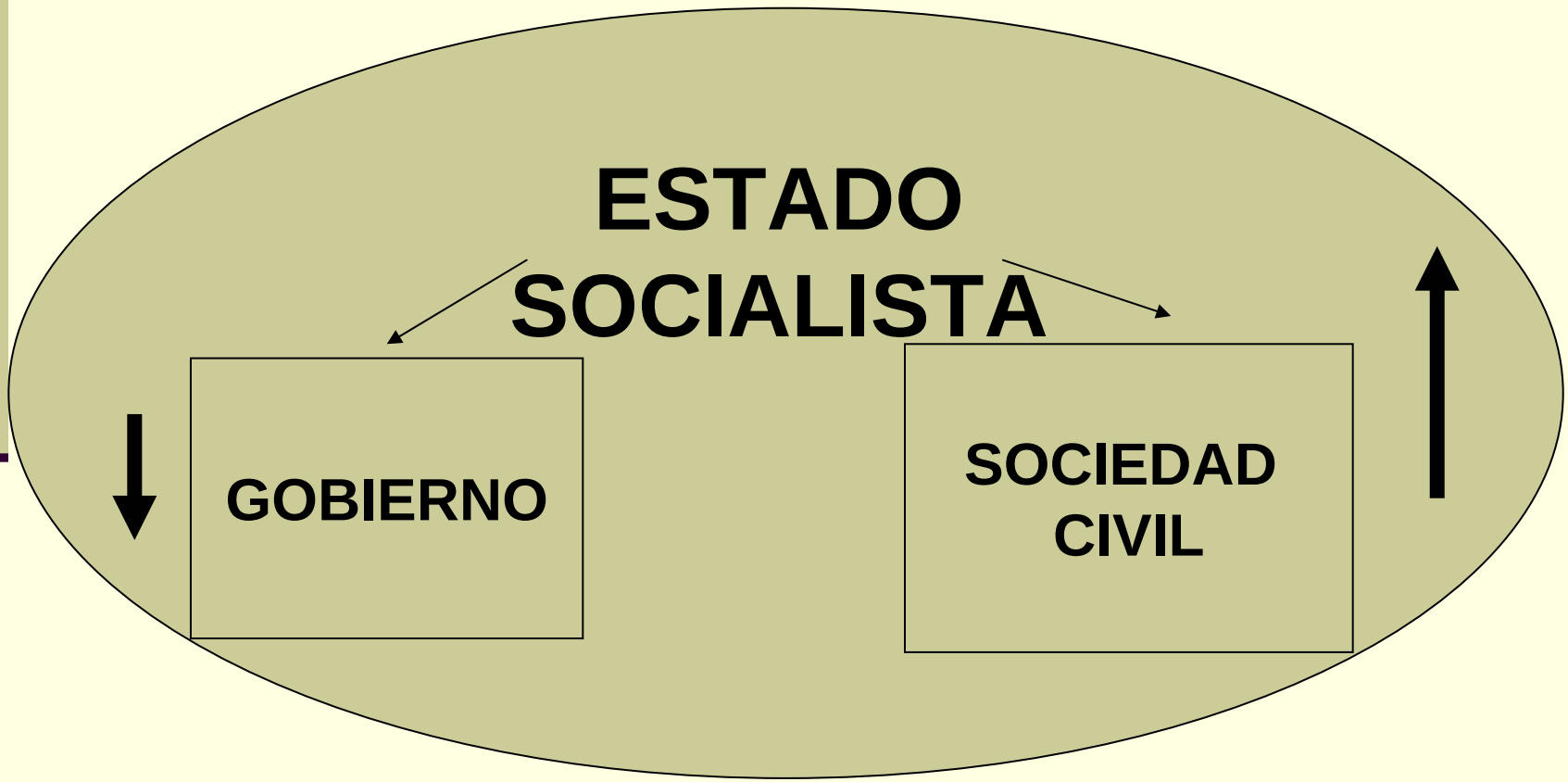
a) **Ausencia de sistematicidad y adiestramiento** en conocimiento y práctica de participación comunitaria tanto con los trabajadores de la salud como con los miembros de la comunidad (muchos desconocen elementos importantes del propio concepto de participación comunitaria).

b) **Sistema muy centralizado** en la planificación de los programas y recursos, que ha generado que la comunidad considere que el sistema es el máximo responsable de la salud comunitaria, inhibiendo la autorresponsabilidad e iniciativa individual y colectiva.

c) **Se subestima el ASIS y su espacio para la materialización de la intersectorialidad y la participación comunitaria**. Esto se evidencia principalmente en la fase diagnóstica del ASIS. En los pocos lugares que se puede hablar de cierta participación, esta solo ocurre en la fase de intervención, NO para elaborar el Plan de Acción sino para colaborar en su cumplimiento.

EVIDENCIAS

NECESIDAD DE PERFECCIONAR LA DEMOCRACIA SOCIALISTA.



DERECHO DE PARTICIPACIÓN

- **Nadie tiene derecho a usurpar su derecho de decisión sobre los aspectos en los cuales está directamente involucrado.**

- **Nadie tiene derecho de imponerles nada.**

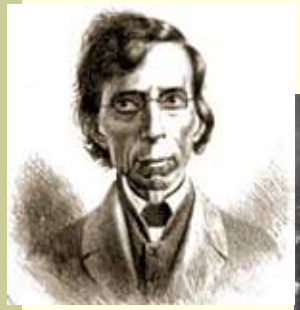
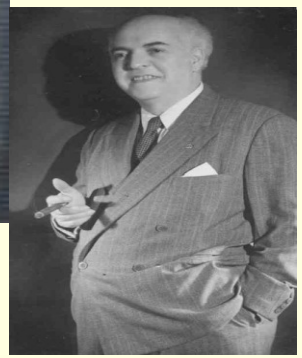
- **Las personas están más preparadas e informadas que antes por lo que** pueden participar en la toma de decisiones éticas o morales que afectan su salud y su vida.

¡NO OLVIDAR JAMÁS!

- ***¡UN DIRECTIVO QUE NO RESPETA A SU USUARIO, NI TOMA EN CUENTA SUS OPINIONES Y GRADO DE SATISFACCIÓN, ESTÁ CONDENADO A SER SOLO UN INSTRUMENTO DE QUIENES LE DIRIGEN!***

- ***¡LOS DIRECTIVOS DE LOS NIVELES SUPERIORES -QUE NO LES INTERESA SABER SI SUS DIRECTIVOS SUBORDINADOS TOMAN EN CUENTA LAS OPINIONES Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS- SON BUENOS BURÓCRATAS Y MUY MALOS DIRECTIVOS!***

LA TEORÍA DEL VALOR DE KARL MARX.

- ***¡UNA INSTITUCIÓN DESCONTENTA, NO VALE NADA!***
- ***¡UNA INSTITUCIÓN SIN IDEALES, NO TIENE VALOR!***
- ***¡EL VALOR FUNDAMENTAL ES EL HOMBRE!***

LA ADMINISTRACIÓN ES UNA CIENCIA. HAGAMOS CIENCIA CON CONCIENCIA.