

Innovación del modelo de atención en salud de Centroamérica: una propuesta para su análisis

Sandra E. Jiménez Sánchez*

ESTE ARTICULO PRESENTA UNA CONCEPTUALIZACION DE MODELO DE ATENCION EN SALUD Y LA APLICACION DEL MODELO DE KHANDWALLA PARA SU ANALISIS. SE PRESENTAN LAS VARIABLES CON LINEAMIENTOS METODOLOGICOS PARA SU APLICACION E INFORMACION SOBRE LAS VARIABLES DE INTERES QUE HAN PLANTEADO ALGUNAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LOS PAISES CENTROAMERICANOS.

Los gobiernos de América establecieron como una de las metas regionales "la reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia" (OPS, 1980, p. 152); además, en el marco de la crisis económica, se requiere racionalizar el uso de los recursos de las instituciones de salud, para garantizar el cumplimiento de su misión, lo que vuelve imprescindible la innovación del modelo de atención en salud (Márquez y Tomas, 1990, pp. 7).

Al hablar de innovar el modelo de atención se hace necesario analizar algunas características de las diferentes formas de abordar los problemas de salud. En ese sentido, la experiencia indica que los aspectos que más han incidido en la construcción de determinado modelo de atención en salud,

es la concepción del proceso salud-enfermedad y la política de salud.

Es así, como se ha evidenciado que en la formulación y ejecución de políticas de salud en Centroamérica predominó una concepción reducida del proceso salud-enfermedad, lo que ha condicionado que el modelo de atención en salud haya tenido un énfasis biológico y curativo (Marín y Güendell, 1990, pp. 211).

Por lo tanto, la concepción de dicho proceso es un aspecto fundamental para la conceptualización del modelo de atención en salud, puesto que actuar en el campo de la salud supone dar una respuesta coherente a esa concepción.

Proceso salud-enfermedad

Actualmente, se plantea el paradigma que concibe la salud enfermedad desde una perspectiva integral

* Consultora ICAP-PROASA

y como un proceso socio-natural causado estructuralmente por la interacción de procesos biológicos y sociales (Laurell, 1986, p. 3 y Selva Sutter, 1986, p.5). La perspectiva integral implica que dicho proceso se encuentra condicionado por factores biológicos, sociales, económicos, culturales, psicológicos, educativos, geográficos y políticos, "que inciden sobre el individuo y la colectividad y dan como resultado en ellos un estado de salud determinado" (Villalobos, 1989, p. 40).

Concebir la salud-enfermedad como un proceso, implica aceptar que es una unidad en cuyo interior ocurre una interacción dinámica y una transformación constante de sus elementos constituyentes. Su adecuada interpretación, requiere del conocimiento de las ciencias que abarcan los procesos naturales y de las ciencias que incluyen los procesos sociales e históricos (Breilh y Granda, 1986, p. 143). Por un lado, puede considerarse que "la enfermedad es un fenómeno colectivo que se expresa de manera desigual, como consecuencia de una exposición diferencial a los factores de riesgo" (Rodríguez Villalobos, 1991, p. 15); y por otro lado, que la persona sana es aquella capaz de realizar sus actividades cotidianas (Vandale Toney y otros, 1984, p. 152). Desde el punto de vista colectivo, una población sana, es aquella que "adopta una estrategia adecuada para maximizar las relaciones población-ambiente-productividad; este logro, en términos numéricos, se expresa en un crecimiento del grupo dentro de los límites ambientales sin sacrificio de la productividad por persona" (Ibid, p.

153). Lo cual significa, que es muy importante entender la salud como la capacidad de los individuos para funcionar en sus papeles sociales, "como ser social el hombre es una persona que desempeña un papel, o varios, y en este sentido es una creación histórica, y se comprende en los términos en que desempeña ese papel y lo incorpora" (Infante y Alvarez, 1987, p. 93).

Por tanto, la salud puede definirse "como la condición humana en la que existe un equilibrio biológico que permite al individuo y a la sociedad desarrollar sus potencialidades en interacción dinámica con el contexto histórico y social en que se desenvuelve" (Fonseca, 1993, p. 14).

La conceptualización del enfoque integral debe entonces concretarse en un modelo de atención que involucre "la visión holística de la salud en los tipos de intervenciones que se pueden efectuar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y recuperación de las secuelas" (Ibid, p. 15), lo cual tiene su fundamento en la intención que se explicita en las políticas de salud.

Políticas de salud

El Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) realizó una investigación sobre los sistemas de salud en Centroamérica, encontrándose que a excepción de Costa Rica y Panamá, el resto de países presentan altas tasas de mortalidad in-

fantil, de mortalidad general y materna, alta incidencia y prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, desnutrición infantil y problemas de saneamiento básico (Marín y Güendell, Op. Cit., p.50).

Lo anterior pone en evidencia la poca importancia que han otorgado la mayoría de estados centroamericanos a las políticas de salud, además de su limitada efectividad y el predominio de una concepción reducida del proceso salud-enfermedad; lo cual también indica que la evolución de las políticas de salud ha condicionado la conformación de los sistemas de salud de los países centroamericanos (Ibid, p. 211).

Ahora bien, se entiende como sistema de salud "el conjunto de servicios de salud de un país" (Ibid p. 34), que tienen como misión la de mantener la salud de la población, sea cuales fueren sus fuentes y mecanismos de financiamiento, la propiedad de sus instalaciones o la dependencia de su dirección (Veronelli, 1984, p. 31).

Se le denomina "sistema" por que se le concibe como un conjunto de elementos interrelacionados y se le analiza con instrumentos del enfoque sistémico.

Estos sistemas en América Latina consumen entre el 4 y el 12% de Producto Nacional Bruto (PNB), ocupan uno de los primeros lugares por la magnitud de empleados y el primero como empleador de recursos de alta calificación; poseen un alto grado de complejidad organizacional; se mueven en un medio de cambios acelerados en el concepto mismo de salud y en la tecnología para lograrla,

por lo complejo del abordaje integral de los problemas de salud (Ibid, p. 31).

En ese sentido, el mencionado estudio de ICAP constató que la conformación de los sistemas de salud en Centroamérica ha presentado un desarrollo desigual. Por un lado, se encuentran las experiencias de Nicaragua, Costa Rica y Panamá, y por el otro las de Guatemala, Honduras y El Salvador. Los tres primeros, en lo que respecta a la conformación político-administrativa del sistema, definieron jurídicamente la organización de un sector dedicado a la atención de salud. Nicaragua decretó el Sistema Unico de Salud y Costa Rica el Sistema Nacional de Salud (Marín y Güendell, Op. Cit., p. 67) .

Con respecto a los Seguros Sociales, en Guatemala, Honduras y El Salvador, alcanzan coberturas cerca del 15% de la población económicamente activa. El resto de la población se encuentra teóricamente cubierta por el Ministerio de Salud. Sin embargo, en la práctica esta cobertura no es efectiva por razones económicas y políticas, lo que ha llevado a la proliferación de organizaciones no gubernamentales (ONG's) y privadas en estos países. La situación de Nicaragua es similar con respecto al déficit en la cobertura; mientras que Costa Rica y Panamá presentan una amplia cobertura (Ibid, p. 68).

Como se observa, las instituciones del sector público de salud en la mayoría de los países centroamericanos, no han sido capaces de garantizar la cobertura universal efectiva de los servicios que ofrecen; además, carecen de un enfo-

que integral, presentan una administración centralizada, deficiente coordinación intra-interinstitucional e intersectorial y limitada participación social (CCSS, 1992, p. 85).

Análisis del modelo de atención en salud

Un análisis completo de los sistemas de salud implica abordar el modelo de atención en salud, lo cual requiere conceptualizarlo. Un modelo es la abstracción teórica de la realidad que permite su descripción, interpretación y explicación, en otras palabras, es "la expresión simbólica de la relación entre variables, de una estructura idealizada que se supone análoga a la de un sistema real" (Hernández Michel, 1985, p. 109). Además es dinámico, pues su aplicación permite dejar constancia de las transformaciones y evolución de la realidad.

Desde su perspectiva, la OPS denomina modelo de prestación de servicios de salud (MPSS) al "conjunto de acciones concretas, claramente definidas, que se brindan a la población y al ambiente" (OPS, 1992, p. 300). El MPSS se encuentra enmarcado en la dimensión del conjunto de prácticas, hábitos y conductas que tienen una influencia decisiva en la salud de los individuos y la población, al cual definen como modelo social de prácticas de salud.

También, se ha propuesto una definición de modelo de atención en

salud como "una representación o caracterización teórica del sistema de servicios de salud de un país, con base en sus principales elementos políticos, filosóficos, éticos, culturales, estructurales, organizativos y funcionales; especialmente aquellos que definen, condicionan o afectan la forma en que la sociedad desarrolla, organiza, distribuye y controla los recursos que destina a atender las necesidades de salud de los ciudadanos" (CCSS, Op. Cit., p. 5).

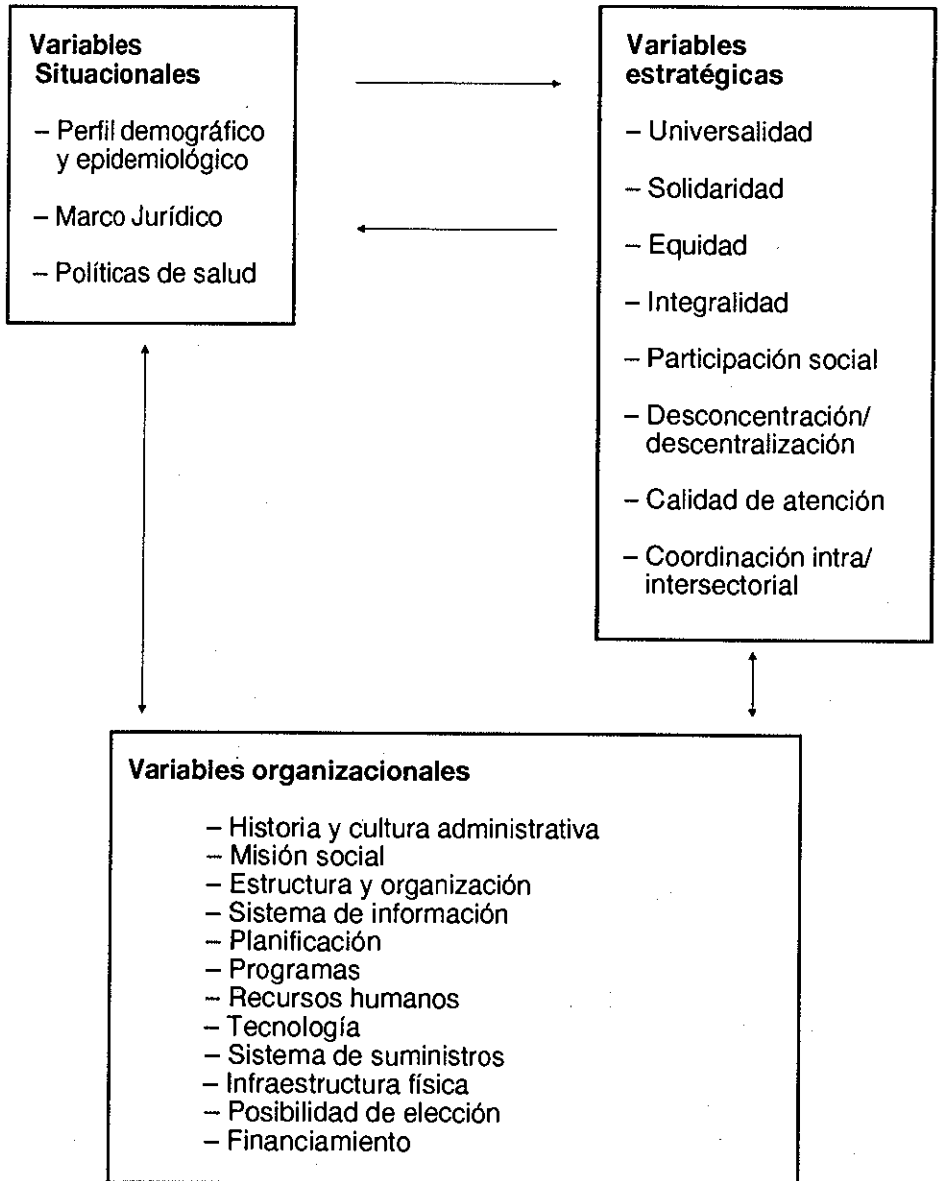
Considerando lo anterior, se conceptualiza el modelo de atención en salud, como el conjunto de acciones concretas de los servicios de salud, condicionadas por los elementos filosóficos, éticos y culturales que subyacen en la concepción del proceso salud-enfermedad, en el marco del contexto histórico y político de una sociedad.

Por lo tanto, un modelo de atención en salud es dinámico y su conformación tiene una explicación histórica; es por ello que cuando se plantean innovaciones en dicho modelo, se requiere de un análisis, a fin de orientarlas con más acierto. El Gráfico 1, presenta un modelo que puede ser utilizado para el análisis del modelo de atención en salud de los países centroamericanos.

Khandwalla propone relaciones entre tres clases de variables, a saber: situacionales, estratégicas y organizacionales. Dicho modelo, presenta una interacción entre las variables situacionales y las variables estratégicas, ya que el contexto condiciona la forma como las variables estratégicas son abordadas y éstas, a

Gráfico 1

MODELO DE ANALISIS DEL MODELO DE ATENCION EN SALUD



Fuente: elaboración propia con base en: Khandwalla, P.N. Un modelo de funcionamiento organizacional. En Pradip N. Khandwalla. En: The design of organizations. Cap. 7. E.U., Harcourt Brace Jovanovich, Inc. 1977. p.13.

su vez, condicionan la dinámica de las variables situacionales. Asimismo, ambos tipos de variables influyen en la construcción de las variables organizacionales al interior de las instituciones de salud (Khandwalla, 1977, pp. 13 y 14).

Se han identificado variables sustantivas que caracterizan las acciones de salud. Para abordar el análisis de las variables que integran el modelo, se proponen lineamientos metodológicos acordes a la naturaleza de cada una de ellas y contienen algunos indicadores básicos que pueden ser ampliados o profundizados dependiendo de las necesidades e intereses institucionales. Las variables se presentan a continuación:

Variables Situacionales

Estas variables cubren el contexto en que funcionan las instituciones, las cuales se configuran en la dinámica ambiental.

Perfil demográfico y epidemiológico

Es la información relativa al comportamiento y condiciones de un grupo humano que reside en un territorio dado y que puede ser estudiado en sus tendencias pasadas y actuales para elaborar proyecciones al futuro. Además, incluye información de morbilidad, mortalidad y problemas especiales como la farmacodependencia y

de salud ocupacional (Cartín Brenes, 1990, pp. 15 y 89).

Para la elaboración del perfil demográfico y epidemiológico hay que consultar publicaciones oficiales de los censos de población, estadísticas de salud e investigaciones recientes sobre los problemas de salud. El perfil demográfico incluye al menos los siguientes indicadores:

- Población total.
- Densidad por Km. cuadrado.
- Razón población rural/población urbana.
- Razón población resto del país/población área metropolitana.
- Razón de masculinidad.
- Razón de dependencia.
- Tasa bruta de natalidad.
- Tasa global de fecundidad.
- Tasa bruta de mortalidad.
- Tasa de mortalidad general.
- Tasa de crecimiento natural.
- Esperanza de vida.
- Mortalidad general.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Tasa de mortalidad materna.

El perfil epidemiológico incluye indicadores de morbilidad y mortalidad, entre los cuales se incluyen los siguientes:

- Diez primeras causas de consulta externa.
- Diez primeras causas de egreso hospitalario.
- Tasas de mortalidad por grupo de edad y por causa específica.

La elaboración de estos indicadores debe hacerse según la clasificación internacional de enfermedades, la cual establece 17 grandes grupos de enfermedades. Posteriormente puede hacerse un análisis por causa específica para los cinco grupos de enfermedad que aparecen como primeras causas de muerte.

Los grupos de edad se ordenan de acuerdo a las diferentes etapas de la vida: menores de 1 año, 1-4, 5-9, 10-19, 20-59, 60 y más y mujer en edad reproductiva, 15-49. Con respecto a los problemas especiales se consideran los de índole social y los relacionados con el entorno del individuo, por ejemplo el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia.

La metodología para priorizar los problemas y las necesidades en salud incluye las siguientes etapas:

1. Realizar una priorización inicial por grupos de edad, utilizando los datos del perfil epidemiológico con base en los siguientes criterios:
 - a) Magnitud del problema: Es la cantidad de enfermos y muertes que produce determinado problema; para ello se analizan las tasas de morbi-mortalidad.
 - b) Trascendencia o gravedad del problema: Este criterio es difícil de aplicar, pues la gravedad de

una enfermedad o muerte suele medirse en términos de años de vida perdidos, años de vida saludable potencialmente ganados, pérdida económica para la comunidad y la carga para el estado y la sociedad por la atención a la discapacidad temporal o permanente. Se considera muy importante también el pesar o el dolor experimentado por las personas; además se valora la trascendencia socio-política en términos de las políticas de salud.

- c) Vulnerabilidad: Se evalúa la capacidad tecnológica para evitar, reducir y/o controlar un problema de determinada naturaleza.
- d) Costo de oportunidad: Se refiere a la estimación de los resultados que se alcanzan utilizando los mismos recursos para la atención de diferentes problemas.

Esta priorización inicial puede hacerse utilizando el juicio de expertos y, en la medida de lo posible, debe consultarse la opinión de otros actores sociales. En esta etapa se obtiene un cuadro resumen con todos los grupos de edad.

2. A partir de los resultados de la priorización inicial, se procede a realizar de nuevo el análisis aplicando los mismos criterios anteriores para definir los problemas prioritarios de salud para toda la población del país, región o área.

3. De nuevo, se elabora un consolidado de problemas y necesidades prioritarias de salud del país, región o área.
4. Finalmente, se establecen las estrategias de intervención y se analizan para seleccionar, en orden de prioridad, utilizando el criterio de la capacidad potencial de cada una para actuar sobre más de un problema.

Las dos últimas etapas de esta metodología puede realizarse utilizando el juicio de expertos (Ministerio de Sanidad y Consumo Español, 1985, p. 28 y ccss, Op. Cit., pp. 214-218).

Marco jurídico

Se refiere a la totalidad de disposiciones normativas que regulan las actividades de salud. Existen regulaciones normativas a nivel de la Constitución Política, a nivel internacional y a nivel del poder ejecutivo.¹

Para el análisis del marco jurídico de las instituciones de salud se requiere indentificar todas las regulaciones normativas que existen en las tres instancias de aprobación ya mencionadas en cada país. Posteriormente se debe hacer un análisis de contenido a todos los documentos para evaluarlos y para evaluar la congruencia entre unos y otros, considerando la fecha de aprobación (Ibid).

Asímismo, se requiere hacer una valoración de:

- el volumen de reglamentaciones
- la utilidad y
- la distancia entre su elaboración y aplicación.

Esta valoración permite además identificar en parte, el grado de burocratización de la institución (Guiot y Beaufils, 1992, p. 15).

Políticas de salud

"Las políticas públicas son la expresión de la relación que se da entre el Estado y la sociedad, que pretenden responder a los requerimientos y a las necesidades de esta última, dentro de un marco jurídico y político determinado" (Romero, 1988, p. 146).

Por otra parte, una política pública es "una compleja y flexible interconexión de procesos que la redefinen constantemente", (Alvarez Díaz, 1992, p. 15) por lo que es necesario analizar la dinámica de las fuerzas políticas que provocan los diferentes cambios en la incorporación de temas y el modo en que serán manejados; así como la exclusión de otros temas.

Para el caso de las políticas de salud; debe considerarse la explicitación formal de la intención inicial de los gobiernos con relación a los fines y los medios para abordar la atención de la salud de la población y del ambiente; y su evolución como resultado de la interacción de los diferentes actores sociales, de poder variable,

1. Entrevista con Carlos Alvarado, Abogado docente del Curso de la Maestría de Gerencia Pública de la Salud. San José, Costa Rica: 24 de febrero, 1993.

que participan en la formación de esta política.

En esa línea, es importante conocer:

- ¿Quién ha promovido la cuestión?
¿Es una demanda explícita de un grupo o sector social?
- ¿Con qué frecuencia relativa, ese actor, ha logrado que su posición sea aceptada por los organismos públicos en casos previos, recientes y equivalentes?
- ¿Cuáles otros individuos o grupos sociales han respaldado esas demandas y con qué frecuencia?
- ¿Con qué frecuencia este actor ha respaldado las demandas de otros?
- ¿Es una iniciativa pública dirigida a atender alguna demanda no manifiesta?
- ¿Qué grupos, sectores o individuos han estado (subjetiva u objetivamente) a favor y cuáles han estado en contra de la inclusión del tema en la política?
- ¿Qué grupos, sectores o individuos pueden bloquear la implementación? (Alvarez Díaz, 1992, p.p. 32 y 34).

Las cuestiones anteriores permiten el análisis del surgimiento y de la viabilidad política en el proceso de adopción, implementación y gestión de una determinada política de salud.

Variables estratégicas

Las variables estratégicas consisten en los principios filosóficos y las estrategias organizacionales para sobrevivir, desarrollarse y brindar servicio a la población usuaria.

Universalidad

Se refiere a la cobertura y accesibilidad de la población a los servicios de atención a las personas y al ambiente (CCSS, Op. Cit., p.88).

Para la aplicación de esta variable se han planteado varios mecanismos, entre los cuales se encuentran:

1. La integración funcional de instituciones del sector salud, con otros sectores del desarrollo y con ONG's (Cruz Gómez, 1989, p. 71).
2. La asignación de regiones geográficas a instituciones específicas de salud con base en la población-objeto atendida por éstas.
3. El reordenamiento de la misión de las instituciones de salud (CCSS, Op. Cit. p.p. 94-95).
4. El desarrollo de cooperativas, a las que el Estado facilita la infraestructura, por medio de un contrato que regula las tarifas y la calidad de la atención (Cruz Gómez, Op. Cit., p. 75).

Solidaridad

Es la característica relativa a la contribución en el financiamiento para

la atención en salud (Valdés-Olmedo, 1988, p. 815).

Para efectos de análisis, es importante definir ¿Quiénes y cuánto financian?. A partir de esa información se plantean diferentes opciones. La elección de la opción podría hacerse utilizando las técnicas de investigación-acción, a fin de crear simultáneamente condiciones de viabilidad y factibilidad. Cuando se ha tomado la decisión se establecen los mecanismos y procedimientos de captación de los recursos financieros; y finalmente se elabora el marco jurídico que sustente la opción seleccionada.

Equidad

Considera la forma como se distribuyen los servicios proporcionalmente a las necesidades de las distintas regiones geográficas y grupos de población (Ibid, p. 816).

Se elabora el mapa del país con información de indicadores sociales, que permitan visualizar las regiones geográficas prioritarias, para contrastarlo con la distribución de los servicios de salud. Lo anterior permite identificar hasta qué punto el sistema de salud ha construido la red de servicios de salud en forma equitativa.

Integralidad

Es "el enfoque biosicosocial del proceso salud-enfermedad en la atención integral y continua por medio de acciones de promoción, prevención,

asistencia y recuperación a las personas, la familia, la comunidad y al ambiente" (CCSS, Op. Cit., p. 89).

El análisis de esta variable considera principalmente la forma como se han diseñado los programas y se han establecido las funciones del personal de salud, aspecto que se profundiza cuando se analizan los programas.

Participación social

Trata lo relacionado al involucramiento de diferentes actores sociales en la gerencia de servicios de salud, ejecución de actividades y autocuidado en salud (Ibid, p. 91).

La participación social se valora en función de la intervención de la población organizada en el análisis de su situación sanitaria, la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud (PASCAP, 1991, p. 1).

Esta participación puede dimensionarse de acuerdo al grado de organización de la comunidad, considerando el inventario de organizaciones formales y no formales; a la forma y contenido de las relaciones establecidas entre ellas con el fin de mantener y mejorar la salud de la población; a los cambios provocados en la dinámica de trabajo del equipo de salud y a las actividades conjuntas desarrolladas por las instituciones y las organizaciones no formales.

Desconcentración/descentralización

La conceptualización de estas variables, ha presentado dificultades
julio-diciembre/1993

por la poca precisión de su esencia y por sus diferentes manifestaciones y alcances (Aguiluz, 1990, p. 11)

Para el caso, se conceptualiza la desconcentración como la delegación de autoridad del centro de las instituciones a los niveles regionales y locales. Específicamente, es importante en lo que respecta a la gestión, administración, presupuestación, contabilidad, logística y recursos humanos.

Este proceso también puede iniciarse en el nivel local, lo que normalmente sucede cuando la capacidad del recurso humano es suficiente para generar un alto grado de discrecionalidad para la toma de decisiones (ccss, 1993, p. 94 y Lemieux, 1986, p. 4). Por otra parte, Aguiluz plantea que una de las conceptualizaciones de descentralización, mejor elaborada es la de Rondinelli:

"La descentralización es la transferencia o delegación de autoridad legal y política para planificar, tomar decisiones y gestionar funciones públicas desde el gobierno central y sus agencias a organizaciones de operación de esas agencias, unidades de gobierno subordinadas, corporaciones públicas y semipúblicas, autoridades de desarrollo regional o a nivel de otra área espacial, autoridades funcionales, gobiernos autónomos locales u organizaciones no gubernamentales" (Aguiluz, 1990, p. 14).

Los aspectos sustantivos para dar inicio al proceso de desconcentración/descentralización en los servicios de salud son: el sistema de información, la planificación, los programas, los recursos humanos, la

participación social, el sistema de suministros y el financiamiento.

Estos aspectos son sustantivos porque se requiere que su desarrollo sea satisfactorio para el adecuado funcionamiento global de la institución (Blanco Illescas, 1980, pp. 79-81). El análisis de cada una de estas variables debe realizarse en forma específica pero considerando la coherencia entre ellas. Posteriormente, es conveniente estudiar la estructura y organización para valorar los cambios que requiera el diseño organizacional; y, finalmente considerar la tecnología y la infraestructura para proponer modificaciones, también coherentes, con dicho proceso.

Calidad de atención

Se define como las condiciones bajo la cuales se brinda la atención de la salud para lograr que el usuario de los servicios reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo (ccss, Op. Cit., p. 92).

Coordinación intra/intersectorial

Es el proceso en que se relacionan en "forma temporal las instituciones, de los diferentes sectores estatales, ubicados en un mismo espacio geográfico sin perder su autonomía e identidad; con el propósito de brindar atención en salud a la población" (Cruz Gómez, Op. Cit., p. 46).

Este proceso puede desarrollarse en varias etapas:

1. acercamiento
2. identificación de áreas de acción, servicios y recursos
3. concertación y articulación
4. coordinación y consolidación

En la primera etapa se parte de un inventario de instituciones de los distintos sectores públicos y de las instituciones privadas, que brindan servicios en un área geográfica de influencia establecida para el núcleo organizacional y en cada nivel administrativo-geográfico de la institución. Se inician los contactos con cada una de las instituciones para informar el propósito de coordinar los esfuerzos institucionales.

La segunda etapa puede desarrollarse por medio de una serie de talleres en los que cada institución plantea sus áreas de acción, servicios y recursos, se definen los propósitos de la coordinación y se establecen las bases para la organización y la toma de decisiones del grupo conductor.

La concertación y articulación se produce por medio de la construcción de una imagen objetivo conjunta que refleje las expectativas de las instituciones involucradas. Esta imagen objetivo se constituye en el punto de partida para la ejecución de acciones que generen resultados concretos y hagan evidente el compromiso de las instituciones con la comunidad.

En la etapa de coordinación y consolidación, se logra el sentido de pertenencia a un equipo de trabajo. La dinámica del trabajo práctico, va consolidando la visión intersectorial, como un mecanismo que se va reforzando

con la dinámica comunitaria (Ibid., p. 47).

Variables organizacionales

Las variables organizacionales, son aquellas que describen las relaciones formales funcionales y los recursos de la organización.

Historia y cultura administrativa

Describe el origen y la transformación en el tiempo de las instituciones que conforman el sistema de salud, lo que resume la capacidad adaptativa de sobrevivencia y desarrollo (Barranechea, Trujillo y Chorny, 1985, p. 190).

Esta variable permite comprender las condiciones en que se creó cada institución y la forma en que han incorporado las innovaciones en la dinámica institucional. Para su estudio, se requiere elaborar un análisis de contenido de documentos. Lo anterior permite tener información sobre el contenido mismo, los autores, los destinatarios y el contexto en que se elaboró.

Los documentos contienen un doble sentido, el que está explícito y el que está implícito, por lo que puede ser objeto de una doble lectura: la lectura directa del sentido manifiesto y la lectura del sentido oculto interpretado a través del primero. Por medio de ambos sentidos se puede inferir el contexto en que fue producido el

documento (Ruiz e Ispizua, 1989, pp. 182-183).

Misión social

Detalla los propósitos, el tipo y el significado del producto final; área de demanda, monto de la clientela y su distribución (Barranechea; Trujillo y Chorny, Op. Cit., p. 190). Determina el área de competencia donde opera la institución y establece la forma en que serán distribuidos los recursos (Steiner, 1987, p. 55).

La misión principal de una institución pública de salud generalmente se presenta en la ley orgánica. En ella están, en forma implícita, principios filosóficos y de valores. Además, hay que considerar que la misión puede ser replanteada como parte del proceso de desarrollo institucional y como punto de partida para la elaboración del plan estratégico.

Estructura y organización

Se refiere a "la forma como se divide y coordina el trabajo" (Figueroa y Molina, 1992, p. 18) en las instituciones de salud, así como las relaciones formales y funcionales entre las instituciones del sistema.

El tamaño y la edad de la institución son importantes, porque de esas variables, depende en gran medida, el tipo de estructura organizacional que se ha conformado a través del tiempo (Mintzberg, 1988, p. 266 y Daft, 1987, p. 27). Así, el tamaño de las instituciones de salud es

básico, para considerar la regionalización y los tres niveles de atención.

Según Mintzberg, "el análisis de la estructura y organización puede considerarse a diferentes niveles: los cargos, las agrupaciones de cargos en unidades, los mecanismos de enlace, los sistemas de planificación, control y la toma de decisiones" (Mintzberg, 1988, p. 97). Para el estudio de cargos se requiere identificar el grado de diferenciación horizontal y vertical que existe en la institución, es decir el grado de especialización. Las unidades deben abordarse por la forma en que están agrupadas y por el tamaño de las mismas.

Los mecanismos de enlace son importantes para asegurar la coordinación, y para difundir y procesar la información en las organizaciones. Guiot y Beaufils (1992, pp. 123, 129) proponen cinco mecanismos, a saber:

1. Las posiciones de enlace
2. Los encuentros institucionalizados
3. Los departamentos de integración
4. Las funciones de integración
5. Las estructuras matriciales

Estos mecanismos pueden estudiarse considerando su incorporación a la estructura formal.

Daft, plantea que el conocimiento del grado de formalización de la institución, en cuanto a manuales y procedimientos, permite establecer el grado de estandarización que existe en la ejecución de actividades en todas las unidades (Daft, 1988, p. 25).

Los sistemas de planificación y de toma de decisiones, por su importancia, se abordan en la variable planificación y en la variable desconcentración-descentralización, respectivamente.

Sistema de Información

"Es la estructura de insumos, procesamiento y salida de información para que los usuarios tomen decisiones" (Crowther; Cubero y Sibille, 1990, p. 119). Para el desarrollo de un sistema de información es necesario identificar cuatro componentes claves:

1. La demanda, la cual se conforma de acuerdo a las necesidades y los problemas de información identificados por los usuarios del sistema de información a diseñar. El diagnóstico de la demanda debe centrar la atención en cómo se conducen los usuarios para analizar situaciones, tomar decisiones; y considerar la existencia de pequeños sistemas de información que existan y que funcionan en forma desintegrada.
2. La oferta, que está constituida por la estructura, el funcionamiento y las salidas que dan respuesta a las necesidades de información.
3. La capacidad de respuesta, se refiere a la potencialidad de los recursos para responder adecuadamente a la demanda. Para el diseño de la estructura de la oferta es necesario analizar la oferta y la capacidad de respuesta,

lo que implica la utilización de los recursos disponibles y la posibilidad de obtener más recursos, a fin de seleccionar las combinaciones ideales de opciones de respuesta a los problemas de información de la institución.

4. La selección y aprovechamiento de las tecnologías de información, debe fundamentarse en criterios orientados a resolver las necesidades y los problemas de información. A partir de este componente, es importante establecer políticas y normas institucionales de información, que permitan que las nuevas tecnologías: microcomputadoras, centros de documentación y sistemas de datos, faciliten la accesibilidad ordenada a la información (Ibid, pp. 37-38 y 186). Cuando el sistema de información ya está diseñado, se valida y posteriormente se debe capacitar a los usuarios en la toma de decisiones a fin de optimizar el uso del sistema.

Planificación

Se refiere a las características del enfoque de la planificación institucional en todos los niveles administrativos. Incluye la elaboración del diagnóstico, la priorización de problemas, la identificación de sus factores condicionantes, el diseño y costo de alternativas de solución, la presupuestación, la monitoría, el control y la evaluación (ccss, Op. Cit., p. 93).

En primera instancia se identifica el grado de incorporación de elementos del enfoque estratégico al proceso de planificación. Es importante conocer si se ha realizado un análisis de los escenarios futuros, en función de identificar oportunidades, potencialidades y amenazas; y si se han creado condiciones para la participación en cada nivel administrativo (Steiner, Op. Cit., pp. 45 y 47).

Programas

Esta variable está constituida básicamente por el listado de programas prioritarios de salud. Se analiza la forma como se desarrollan e integran las actividades, para brindar acciones de promoción, prevención, cuidado y/o recuperación y rehabilitación al individuo, familia, comunidad y ambiente. Además se estudian las funciones del equipo de salud en cada programa (Ministerio de Sanidad y Consumo Español, Op. Cit., p. 29).

Recursos humanos

Para el análisis de los recursos humanos se requiere conocer las normas del servicio civil del país, porque es el marco jurídico de las políticas institucionales en cuanto a los procedimientos para la selección, el reclutamiento, la inducción, la evaluación del desempeño, la remuneración, la motivación, la capacitación y la seguridad ocupacional.

Por supuesto, también es necesario investigar acerca de la calidad, cantidad y ubicación de los recursos humanos. Esta información se encuentra en los archivos o está almacenada en una base de datos. Esta información es útil para valorar la utilización de los recursos humanos en función de la misión institucional (Armstrong, 1991, pp. 7-8).

Para la estimación de la cantidad de personal de salud que se requiere para cada nivel de atención, es conveniente:

1. Plantearse algunas preguntas básicas:
 - a) ¿Qué tipo y cantidad de recursos humanos en salud está la institución en capacidad de asignarle, como mínimo y en igualdad de condiciones, a las comunidades que le corresponde atender?
 - b) ¿Qué tipo y cantidad adicional de recurso humano es necesario para asegurar la prestación de una oferta básica integral de servicios, que deberá ser compartida por grupos mayores?.

Ambas preguntas pueden responderse atendiendo algunos criterios importantes, tales como:

- perfil de salud, problemas y necesidades prioritarias
- disponibilidad de recursos humanos en el país
- expectativas de la población
- oferta básica de servicios
- experiencias nacionales e internacionales

- c) ¿Cuál es el tamaño mínimo del grupo de personas, al cual se le puede asignar ese recurso?
2. Identificar la cantidad existente de cada tipo de profesional y personal técnico en cada nivel de atención por cada zona geográfica establecida.
 3. Definir los programas, las funciones del equipo de salud en cada programa y las normas de atención: población a cubrir, número de consultas/año, etc.
 4. Identificar las necesidades de personal con base en todo lo anterior (CCSS, 1992, pp. 113-116).

Tecnología

Se refiere a la tecnología "suave", es decir el "cómo se hacen" las actividades de salud en los niveles de atención definido por la institución, identificando el porcentaje de resolución de cada nivel por medio del análisis estadístico de datos, de los antecedentes, la experiencia y/o el juicio de expertos. Es importante destacar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, para lo cual es deseable establecer la capacidad de resolución de cada programa en los diferentes niveles de complejidad (IGSS, 1988, pp. 27-30).

También, se considera la tecnología "dura", que es el equipo que se utiliza para desarrollar las actividades de diagnóstico, prevención, promoción, atención y rehabilitación de los problemas de salud. Este aspec-

to debe ser abordado mediante estudios de costo-beneficio para valorar su utilización.

Es importante abordar el significado de "tecnología apropiada", para darle sentido en la ejecución de las actividades de salud. Cualquier tecnología debe constituirse en solución adecuada a un problema identificado por los que van a utilizarla; lo que implica que debe estar acorde a las condiciones en que se va a utilizar y a las costumbres de los beneficiarios.

Se han propuesto algunos criterios para la calificación de una tecnología apropiada, los cuales se listan a continuación:

- Que pueda ser adaptada, desarrollada, manejada y controlada por la comunidad.
- De bajo costo.
- Con base científica y eficiente.
- Concordando con la cultura local.
- Participación organizada de la comunidad en la selección de alternativas.
- Uso al máximo posible de recursos disponibles localmente.
- Generadora de empleo, usando habilidades y recursos locales.
- Deberá ser lo suficientemente pequeña en escala, de manera que pueda ser utilizada a nivel local.
- Deberá ser entendida, controlada y mantenida por el personal local, posiblemente con bajo nivel de educación y poca supervisión.

- Estimular hacia la innovación superior con base en el conocimiento de tecnologías previas (capacidad de cambio) (Ibid., p.p. 22-23).

Sistema de suministros

Incluye todo el sistema de licitación, compra, almacenamiento y distribución de los insumos médicos y no médicos: materiales y medicamentos.

Se realiza un análisis de los reglamentos y procedimientos establecidos para la ejecución del sistema en todos los niveles administrativos de la institución. Un punto clave es el apoyo que el sistema de información brinda para determinar necesidades localizadas en los servicios de salud y la posibilidad de respuesta con recursos subutilizados o almacenados en cualquier servicio o nivel.

Infraestructura física

Es la información relativa al tipo, cantidad, estado y distribución de los edificios que conforman la red de servicios de salud. Es importante conocer la lógica de desarrollo de la infraestructura, en función de la conformación de una red por niveles de atención. Posteriormente, se puede hacer un análisis de correspondencia con las zonas geográficas prioritarias.

Posibilidad de elección

Se refiere a "la posibilidad del usuario de decidir por quién y dónde es

atendido" (CCSS, Op. Cit., p. 90). El análisis de esta variable se centra en la identificación de sistemas o procedimientos establecidos para que la población-objeto tenga posibilidad de decidir. Estos mecanismos pueden ser sencillos o complejos dependiendo de la importancia que la institución le haya dado a dicho aspecto.

Financiamiento

Se refiere al monto del origen y al monto del destino de los fondos que sustenta el desarrollo de las actividades de salud; al efecto redistributivo del esquema de financiamiento; efecto en la innovación y en la productividad (Barranechea; Trujillo y Chorny, Op. Cit., p. 192).

El análisis de las variables del modelo presentado puede ser útil para plantear innovaciones al modelo de atención en cualquier institución de salud. Se considera que la innovación es uno de los recursos más importantes de las instituciones para lograr eficiencia, por lo que se debe innovar en todos los planos y áreas de la organización. El instrumento fundamental para innovar es la creatividad.

Ello implica que, con base en la experiencia previa, se reconoce la posibilidad de que un nuevo proceso o concepto puede ser aplicado en un plan de acción a una situación concreta (Serra, 1981, p. 14). Por lo anterior, se considera que el desarrollo organizacional debe ser un proceso continuo de apoyo a la transformación de la institución, orientado a alcanzar la misión, apoyar las funciones y satis-

facen las necesidades de la organización (Ibid, pp. 23).

El proceso de desarrollo organizacional implica que las instituciones centren su atención en:

- la administración del tiempo
- la orientación hacia los resultados
- la visión prospectiva
- la creatividad e innovación
- la actitud proactiva del gerente
- la orientación hacia el usuario
- la continua exploración del contexto (Ibid, p. 25).

Booth (1991, pp. 372-377) plantea que las variables que afectan la capacidad de innovación de una organización son las variables ambientales y organizacionales. En las variables ambientales privilegia los cambios sociales y tecnológicos y en las variables organizacionales, el clima organizacional.

Propone un modelo general para la gestión de la innovación, partiendo de la premisa de que la implementación de innovaciones provoca conflictos, pues en el proceso se generan apoyos y resistencias, se rompen los valores e intereses de poder para dar paso a nuevos hábitos y una nueva coalición de poder.

Este modelo presenta como se inician los procesos de innovación en las instituciones: Los directivos toman la decisión de innovar por las presiones del ambiente organizacional y las presiones internas. La innovación se adapta a la cultura organizacional, se realiza una investigación para detectar líderes que impulsen el proceso y se consideran los riesgos y oportu-

nidades del ambiente y las fuerzas y debilidades de la organización. Posteriormente se establecen diferentes opciones y se selecciona una. Con la opción seleccionada se elabora un plan con objetivos, estrategias, funciones y responsables; y finalmente se ejecuta el plan considerando la monitoría y evaluación de los riesgos y oportunidades del ambiente y de las fuerzas y debilidades de la organización.

Para que las instituciones avancen en ese proceso es conveniente que revisen su misión y plan estratégico institucional, considerando el contexto. Es importante crear un clima apropiado que estimule la participación de sus miembros y realizar reuniones motivacionales (Serra, Op. Cit., p. 26).

Así, para innovar el modelo de atención en salud se requiere plantear una imagen objetivo, que permita por aproximaciones sucesivas, la orientación de la transformación de los mismos, acorde con la situación de salud y con el contexto político y socio-económico en cada uno de los países centroamericanos.

En tal sentido, las experiencias en varios países latinoamericanos indican que se hace deseable una transformación del sector salud que tienda a:

1. El fortalecimiento de la capacidad rectora de los Ministerios de Salud a través de medidas legales, financieras y administrativas, y la limitación de los ministerios de salud y de los organismos de la seguridad social en la prestación directa de los servicios.

2. La integración y/o coordinación funcional de los servicios de salud para configurar sistemas regionales y locales autónomos con base en una relación simbiótica entre los servicios públicos y el sector privado, a ser regidos por corporaciones comunitarias y financiadas por el Estado y los distintos regímenes de solidaridad social, públicos y privados.
3. La universalización progresiva de los seguros nacionales, como medio de financiamiento solidario, equitativo y sostenible de beneficios y servicios básicos.
4. El mejoramiento del enfoque de los programas de salud, de acuerdo con un enfoque integral y de participación social, con criterios sociales (por nivel de ingreso), geográficos (localización geográfica de los grupos más pobres), demográficos (grupos de edad más vulnerables) y epidemiológicos (por problemas de salud) para hacerlos más efectivos y equitativos, reforzando así su capacidad redistributiva.
5. Un incremento de la eficiencia, para racionalizar los costos y los gastos en el sector, por medio del establecimiento de normas e incentivos para regular tanto la demanda y la oferta de los servicios, como su administración (Márquez y Tomas, 1990, p. 23 y CCSS, p.p. 89-91).

Es evidente la urgencia de iniciar la innovación de los modelos de atención en salud en Centroamérica, ya que los problemas de salud así lo exigen. Por tanto, es prioritario hacer esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la población en función del desarrollo económico-social de los países centroamericanos. Ello implicará movilizar la voluntad política para situar al hombre como objetivo central del proceso de desarrollo económico-social (Ibid, p. 24).

Estos países, en distinto grado, han avanzado en ese esfuerzo. En Guatemala, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ha desarrollado dos experiencias pilotos, innovando el modelo de atención en salud. En El Salvador, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está desarrollando experiencias piloto con SILOS. Honduras ha organizado una comisión de trabajo para la reforma del sector salud. Nicaragua está desarrollando una propuesta de reestructuración del sector salud. Costa Rica cuenta con una propuesta bastante completa del nuevo modelo de atención en salud. En Panamá, la Caja de Seguro Social ha elaborado una propuesta de innovación al modelo de atención en salud. Además, en dicho país el Ministerio de Salud está impulsando el desarrollo de SILOS con experiencias piloto.

Las variables de interés que se presentan en los documentos de innovación al modelo de atención en salud en los países centroamericanos, se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1
**VARIABLES DE INTERES PARA LA INNOVACION DEL MODELO
 DE ATENCION EN SALUD EN CENTROAMERICA**

PAISES	GUATEMALA	EL-SALVADOR	HONDURAS	NICARAGUA	COSTA RICA	PANAMA
	a	b	c	ch	d	e
VARIABLES SITUACIONALES						
PERFIL DEMOGRAFICO/	X		X		X	X
EPIDEMIOLOGICO (3)	X			X	X	X
MARCO JURIDICO (4)						
POLITICAS DE SALUD (2)						
VARIABLES ESTRATEGICAS						
UNIVERSALIDAD (4)	X		X	X	X	X
SOLIDARIDAD (4)	X		X	X	X	X
EQUIDAD (3)	X		X	X	X	X
INTEGRALIDAD (6)	X	X	X	X	X	X
PARTICIPACION SOCIAL (4)	X		X	X	X	X
DESCENTRALIZACION/	X	X	X	X	X	X
DEScentralizacion (5)	X	X	X	X	X	X
CALIDAD DE ATENCION (4)	X		X		X	X
COORDINACION INTRA						
INTERSECTORIAL (3)	X		X		X	
VARIABLES ORGANIZACIONALES						
HISTORIA Y CULTURA ADMINIS.						
MISION SOCIAL (2)	X	X		X	X	X
ESTRUCTURA Y ORGANIZACION (5)	X		X	X	X	X
SISTEMA DE INFORMACION (4)	X		X		X	X
PLANIFICACION (4)	X	X	X		X	X
PROGRAMAS (3)	X	X	X		X	X
RECURSOS HUMANOS (6)	X	X	X	X	X	X
TECNOLOGIA (2)	X		X		X	X
SISTEMA DE SUMINISTROS (3)	X		X		X	X
INFRAESTRUCTURA (3)	X		X	X	X	X
POSIBILIDAD/ELECC. (3)	X		X	X	X	X
FINANCIAMIENTO (5)	X		X	X	X	X

Fuentes:

- a. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Propuesta para la extensión del programa sobre protección relativa a enfermedad y maternidad al Departamento de Escuintla, Guatemala: IGSS, 1988.
 b. Entrevista con el Dr. José Antonio Pereira Galván. Director de la División de Planificación de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. San Salvador: 23 de junio de 1993.
 c. Instituto Hondureño de Seguridad Social/Ministerio de Salud Pública/Servicio Autónomo Nacional de Agua y Alcantarillados. Propuesta de transformación de los servicios sociales básicos. Ajuste del sistema de salud. Honduras: IHSS/MSP/SANAA, 1992.
 d. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar. Propuestas para un nuevo modelo de previsión social y de desarrollo social. Nicaragua: INSSBI, 1993.
 e. Caja Costarricense de Seguro Social. Propuesta de readecuación del modelo de atención. Costa Rica: CCSS, 1992.
 e. Caja de Seguro Social. Definición del sistema de atención médica integral. Panamá: CSS, 1991.

La información resumida en la tabla permite identificar las variables prioritarias para la innovación del modelo de atención en salud de los países centroamericanos. En las variables situacionales, los países privilegian el Marco Jurídico; en las variables estratégicas, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la participación social, la desconcentración-descentralización y la calidad de atención; mientras que en las variables organizacionales se destacan la estructura y organización, los sistemas de información, la planificación, los recursos humanos y el financiamiento. Lo anterior posibilita detectar en forma global, las necesidades de cooperación técnica en las instituciones de salud de los países centroamericanos, a fin de responder a los procesos que se inicien en cada país.

El modelo de análisis presentado es una opción para abordar en forma comprensiva, los procesos de innovación en el modelo de atención en salud. Además, es útil para identificar las estrategias de implementación en forma coherente, a fin de asegurar la consistencia de dichos procesos.

Bibliografía

- Aguiluz Ferrari, D. "Democratización del estado y descentralización". *Revista Centroamericana de Administración Pública*. (18):5-37, ene., 1990.
- Alvarez Díaz, A. E. *Análisis de políticas públicas*. Caracas: CLAD, 1992.
- Armstrong, M. *Gerencia de recursos humanos. Integrando el personal y la empresa*. Bogotá, Colombia: Legis Editores S. A., 1991.
- Barranechea, J. J.; Trujillo, E. y Chorny, A. *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Salud para todos en el año 2000*. Washington: OPS, 1985.
- Blanco Illescas, F. *El control integrado de gestión*. México: Editorial Limusa, 1980.
- Booth, S. "La gestion de l'innovation: un modèle général". *Reveu française d'administration publique*. (59):367-377. juil., 1991.
- Breilh, J. y Granda E. *Los nuevos rumbos de la epidemiología en ciencias sociales y salud en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud-Ciesu, 1986.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Propuesta de readecuación del Modelo de Atención. Reforma del Sector Salud*. San José, Costa Rica: CCSS, 1992. (Documento mimeografiado).
- Cartín Brenes, M. *Epidemiología y demografía*. San José Costa Rica: ICAP, 1990.
- Crowther, W.; Cubero, F. y Sibille, M. *Estrategias de información. Un enfoque para la gestión*. San José, Costa Rica: ICAP, 1990.
- Cruz Gómez, L. F. *Sistema local de salud en Cali. Modelo de sucesivas aproximaciones*. Brasilia: Seminario sobre descentralización y desconcentración - OPS/OMS, 1989.

- Daft, R. L. *Teoría y diseño organizacional*. San Salvador, El Salvador : Ediciones Casa Nueva, 1988.
- Figueroa, R. y Molina, C. *Organización y Gerencia Pública*. San José, Costa Rica : ICAP, 1992.
- Guiot, J. y Beaufils, A. *Diseño de la organización. Del cargo a la macroestructura*. Colombia : Legis Editores S. A., 1992.
- Fonseca, J. *Hacia una definición operativa del concepto salud-enfermedad*. San José: PROASA/ICAP, 1993. Documento mimeografiado.
- Hernández Michel, S. *Lecciones sobre metodología en las ciencias sociales*. México : Universidad Nacional Autónoma de México, 1985.
- Infante, N. B. de y Alvarez, L. . "Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica". *Educación Médica y Salud*. 21(2):92-105, 1987.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Propuesta para la extensión del programa sobre protección relativa a enfermedad y maternidad al Departamento de Escuintla*. Guatemala : IGSS, 1988. (Documento mimeografiado).
- Instituto Hondureño de Seguridad Social/Ministerio de Salud Pública/Servicio Autónomo Nacional de Agua y Alcantarillados. *Propuesta de transformación de los servicios sociales básicos. Ajuste del sistema de salud*. Honduras : IHSSI-MSP/SANAA, 1992(Documento mimeografiado).
- Instituto Nicaraguense de Seguridad Social y Bienestar. *Propuestas para un nuevo modelo de prevision social y de desarrollo social*. Nicaragua : INSSBI, 1993. Documento mimeografiado.
- Khandwalla, P. N. Un modelo de funcionamiento organizacional. En Pradip N. Khandwalla. *The design of organizations*. E. U. : Harcourt Brace Jovanovich, Inc. 1977, Cap. 7. Traducción.
- Laurell, C. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales* (37):3-18, 1986.
- Lemieux, V. "La desconcentración y la descentralización. Un asunto de terminología?". *Canadian Public Administration*. 29(2), 1986. Traducción.
- Márquez, P. y Tomas, E. "Crisis y salud: retos para la década de los 90". *Educación Médica y Salud*. 24(1):7-26, 1990.
- Marín, F. y Güendel, L. . *Sistemas de Salud: Un enfoque desde Centroamérica*. San José : ICAP, 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo Español. *Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria*. España : Dirección General de Planificación Sanitaria, 1985.
- Mintzberg, H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Editorial Ariel, S. A., 1988.
- Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año*

2000. *Estrategias*. Washington, D. C. : OPS, 1980. (Documento Oficial No. 173).
- _____. "Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud". *Educación Médica y Salud*. 26(3):298-425. 1992.
- Panamá, Caja de Seguro Social. *Definición del sistema de atención médica integral*. Panamá : CSS, 1991. (Documento mimeografiado).
- PASCAP. *Estrategia de participación social en los sistemas locales de salud*. San José, Costa Rica : OPS, 1991.
- Rodríguez Villalobos, M. del R. "Salud: una perspectiva académica integral". *Revista de Ciencias Sociales UCR*. 53:15-24, 1991.
- Romero, C. M. "Proyecto de Investigación ICAP-Fundación Ford". *Revista Centroamericana de Administración Pública*. (15):143-155, jul., 1988.
- Ruíz Olabuenaga, J. I. e Ispizua, M. A. *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.
- Selva Sutter, E. *Articulación del proceso salud-enfermedad a través de la causalidad estructural*. San Salvador : Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1986. (Documento mimeografiado).
- Serra, R. "Planeamiento de un proceso de transformación organizacional". *Administración de empresas*. (133):3-27. Abril, 1981.
- Steiner, G. A. *Planeación estratégica. Lo que todo director debe saber*. México : Compañía Editorial Continental S. A. de C. V. , 1987.
- Valdés-Olmedo, C. "Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México". *Salud Pública de México*. 30(6):815-826, 1988.
- Vandale Toney, S. y otros. "Hacia una definición operativa del proceso salud-enfermedad". *Educación Médica y Salud*. 18(2):150-163, 1984.
- Veronelli, J. C. "Los proyectos de transformación del Sistema Nacional de Servicios de Salud en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*. (27):31-45, mar., 1984.
- Villalobos, L. *Salud y sociedad: Un enfoque para Centroamérica*. San José, Costa Rica : ICAP, 1989 ◊