

Revista Centroamericana de Administración Pública



Tema:

**Perspectivas
de la salud
en Centroamérica**

25

en este número

**La promoción de la salud del adulto:
un reto para los servicios de salud**

p. 5

**La promoción de la salud:
un instrumento para prevenir
las enfermedades
cardiovasculares**

p. 17

**Detección de necesidades
de desarrollo gerencial
en profesionales de ciencias
de la salud**

p. 29

**La necesidad de formación
jurídica en el perfil profesional
del gerente público de la salud**

p. 45

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

p. 51

**Calidad Total: una filosofía
para garantizar la satisfacción
en los servicios de salud**

p. 75

**La privatización como alternativa
en la prestación de servicios
de salud en Centroamérica**

p. 95

**Diseños evaluativos
para proyectos de desarrollo
con énfasis en lo social**

p.107

Centroamérica en Cifras

p.119

**Plan de prioridades de salud
en Centroamérica**

p.155

Mayra Cartín Brenes

Aborda la promoción de la salud desde una perspectiva socioambiental y propone un modelo para ser aplicado en los lugares de trabajo.

José Guillermo Jiménez Montero

Ejemplifica la participación individual, estatal y de la empresa privada en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Jessie Orlich

Identifica las áreas de capacitación necesarias para superar el empirismo gerencial en los servicios de salud.

Carlos Fernando Alvarado Valverde

Plantea las deficiencias actuales en la formación jurídica de los gerentes de salud, sustentado en el principio de legalidad en la administración pública.

Sandra Elizabeth Jiménez Sánchez

Conceptualiza el modelo de atención de salud y plantea un esquema para su análisis, con énfasis en las innovaciones que se presentan.

Jorge Fonseca Renauld

Jeannette Jiménez J.

IncurSIONa en las propuestas de calidad total como estrategia administrativa orientada al éxito de las organizaciones que prestan servicios de salud.

Marjorie Smith Venegas

Reflexiona sobre los problemas que pueden surgir en la búsqueda de nuevas alternativas en la prestación de servicios de salud, incluyendo las ventajas y desventajas de la privatización.

Xinia Picado Gattgens

La preocupación por reducir la pobreza en los países en desarrollo se apunta en la necesidad de identificar cuáles son las condiciones que se requieren para el funcionamiento básico de los sistemas de evaluación de estos proyectos.

Norma Patricia Rivera Scott

Presenta una breve descripción de la realidad centroamericana abordando aspectos demográficos, sociales y económicos con indicadores actualizados de la subregión.

Gustavo A. Campos

Se presentan las declaraciones formuladas por los responsables de la salud en Centroamérica en los últimos años, como un aporte a la búsqueda de soluciones para los problemas que este sector enfrenta.

Revista Centroamericana de Administración Pública

Número 25
Julio-Diciembre 1993

◆ Director
Hugo Zelaya Cálix

◆ Editora
Flor Cubero

◆ Comité Editorial
Rethelny Figueroa de Jain/Victoria
Eugenia Pérez L./Raúl Ovando/Alcides
Hernández

◆ Coordinación Programa Editorial
Rethelny Figueroa de Jain

◆ Compiladora
Norma Patricia Rivera Scott

◆ Departamento de Publicaciones
Efraín Quesada Vargas

• Para suscripciones, canje y solicitudes, escribir a Revista Centroamericana de Administración Pública, ICAP. Apartado 10.025, San José 1000, Costa Rica, C.A.

• Esta publicación ha sido impresa en el Departamento de Publicaciones del Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP, en el mes de febrero de 1994.

CON la publicación de la revista "Perspectivas de la Salud en Centroamérica", el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), afianza un espacio informativo y multiplicador de temas en el ámbito de la gestión de los servicios de salud e innovación de los modelos de atención, mencionándose algunas acciones concretas realizadas por el ICAP, como respuesta a la problemática regional en materia de salud. En ese sentido, se incluye un planteamiento de impacto, como es la aplicación de los preceptos de calidad total a los servicios de salud, como estrategia administrativa para el éxito de las organizaciones del

sector, en la búsqueda de alternativas para mejorar la inversión sanitaria y su competitividad.

LA concepción de salud positiva y productiva, tiene como requisito previo, su promoción desde una perspectiva integral y social, enfoque compartido por los autores en los trabajos presentados en este documento. Este esfuerzo se enmarca dentro del área de trabajo del ICAP Gerencia de la Salud, y constituye un insumo más para el desarrollo de la investigación administrativa aplicada y la transferencia de experiencias principalmente entre los países centroamericanos.

COMO ejemplo de la promoción de la salud con proyección socio-ambiental, uno de los autores aborda la necesidad de movilizar los servicios de salud a los lugares de trabajo del adulto. Se plantea también la factibilidad de la conjugación de acciones del Estado, la empresa privada y el individuo en la prevención de enfermedades letales como las cardiovasculares. Se destaca la preocupación de los líderes políticos de la región, en diseñar e implantar políticas de fomento de la salud, manifestada en los

diferentes foros y reuniones del Sector Salud de Centroamérica.

CABE señalar que los trabajos concuerdan en la necesidad estratégica de capacitar en gerencia de la salud a los profesionales a cargo de los servicios de salud, para que desarrollen destrezas que le permitan maniobrar las fuerzas tangibles e intangibles de sus respectivas organizaciones, para hacerlas más eficaces, eficientes y efectivas. Todos los componentes anteriores se sistematizan en propuestas de nuevos modelos de atención, como alternativa para adecuar los sistemas de salud a los nuevos contextos socio-políticos y económicos; incluyendo la privatización en la prestación de servicios, vía que a pesar de su riesgo político y social, no deja de ser una respuesta para ciertos estratos sociales. Todos estos planteamientos encuentran su sustentación en los indicadores demográficos, sociales y económicos de la región.

CON este aporte se pretende estimular a los estudiosos de la región, a participar en la discusión sobre las perspectivas en materia de salud de nuestros países.

Revista Centroamericana de Administración Pública

La publicación de esta revista fue posible gracias al apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg.

- La Revista Centroamericana de Administración Pública es una revista abierta a todas las corrientes del pensamiento administrativo que aboga por el desarrollo de la disciplina en Centroamérica.
- Esta publicación es editada cada seis meses por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), organismo intergubernamental al servicio de la región centroamericana con sede en San José de Costa Rica.
- Los artículos que publica son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no traducen necesariamente el pensamiento del Instituto Centroamericano de Administración Pública.
- La revista permite la reproducción parcial o total de sus trabajos a condición de que se mencione la fuente.

INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PUBLICA – ICAP

Apartado 10.025-1000, San José, Costa Rica, C. A. Fax: (506) 25-2049

Teléfonos: 34-1011/25-4616. Centro de Docencia: 53-4059/53-2287. Imprenta: 24-2666

artículos

La promoción de la salud del adulto: un reto para los servicios de salud

Mayra Cartín Brenes*

ABORDA LA PROMOCION DE SALUD DESDE UN ENFOQUE SOCIOAMBIENTAL, COMO PRINCIPIO BASICO EN LAS POLITICAS SOCIALES Y PROPONE UN MODELO DE PROGRAMA DE PROMOCION DE SALUD QUE RELACIONA LA CONDUCTA INDIVIDUAL, EL AMBIENTE DE TRABAJO Y LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS DIFERENTES GRUPOS.

Introducción

El presente siglo ha constituido para la mayoría de los países, un período de intensa lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas y carenciales las cuales han diezariado la población en grandes cantidades y desde las más tempranas edades. Los programas masivos de vacunación, letrización, agua potable, disposición de basuras, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, el incremento del parto intrahospitalario, los seguros de maternidad y enfermedad, han contribuido en forma importante en la reducción de dichas

enfermedades y en el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones.

Consecuente al incremento de años vividos, a la exposición a agentes tóxicos y a "estilos de vida poco saludables", la aparición de nuevas causas de enfermedad y muerte han venido a definir un nuevo perfil epidemiológico. Así, la enfermedad cardiovascular, los tumores (principalmente de pulmón, cérvix, colon y mama) las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes, los suicidios y los homicidios pasaron a encabezar la morbi-mortalidad de los países hoy desarrollados y de muchos de los subdesarrollados.

Este perfil epidemiológico genera nuevos retos para los servicios de salud, cuya meta ha sido tradicionalmente la atención de los enfermos, el tratamiento a los crónicos e incapacitados y la atención de las emergencias.

* Licenciada en Antropología. MSc. en Demografía y Epidemiología. Docente Investigadora del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica y del Departamento de Salud de la Universidad Nacional. Consultora del ICAP, la OPS y la GTZ.

Estos retos emergen por la necesidad de desarrollar nuevas formas de prevención, las cuales ahora deben ser más amplias y comprensivas que las clásicas campañas de vacunación y letrinización.

Ante esta realidad, los servicios de salud se han visto cuestionados por su incapacidad para prevenir un sinnúmero de patologías cuya prevención se lograría interviniendo factores de riesgo que hacen su aparición muchos años antes que la enfermedad. Y si a esto le sumamos, por un lado, que muchos de los hoy conocidos factores de riesgo son consecuencia de hábitos poco saludables, (pero socialmente aceptados e incluso promovidos por diferentes grupos de la sociedad) y por otro lado, que los servicios de salud son conceptualizados por sus usuarios como reparadores y no como promotores de la salud, se dificulta aún más desarrollar una labor preventiva.

Es manifiesto que el tradicional enfoque de los servicios de salud y la medicina curativa, poco pueden hacer para la reducción de los factores de riesgo y la modificación de los hábitos que los generan. Por consiguiente, varios cambios han de realizarse; entre ellos, será necesario no sólo que los servicios de salud modifiquen su ámbito de responsabilidad, sus estrategias operativas y su estructura, sino que otras áreas que usualmente no se han involucrado con la salud de las poblaciones, lo hagan.

El presente artículo incursiona en una de estas posibles y necesarias modificaciones: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en los adultos, un grupo bastante difícil de contactar en los servicios salvo embarazos, accidentes, enfermedades y muertes. Se propone la movilización del servicio, un tanto modificado a los lugares donde el adulto pasa la mayor parte del día: su sitio o lugar de trabajo.

En la última década, la idea de introducir programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro de los sitios de trabajo, ha tomado especial consideración en los grupos de hombres de negocios, en el gobierno y en el sector salud.

Cuando se discute sobre dónde se debería desarrollar este tipo de programas, los sitios de trabajo son considerados un espacio ideal y con alta probabilidad de éxito, debido a que pueden catalogarse como "uno de los más prometedores y retadores sitios para el cambio de comportamiento".¹

Las consideraciones que se hacen para seleccionar espacios de alta potencialidad son:

- a. Posibilidad de tener acceso a uno o más factores de riesgo a la vez (sedentarismo, *stress*, prevención de accidentes y control de daños).
- b. Presencia de grupos de alto riesgo.
- c. Posibilidad de tener durante algunas horas al grupo junto.

1. J.M. McGinnis and M.K. Duval, *Managing Health Promotion in the Workplace. Guidelines for Implementation and Evaluation.* (Mayfield, Palo Alto, California: Parkinson R.S., 1982) p.1.

- d. Posibilidad de acercarse a poblaciones que usualmente son difíciles de contactar.
- e. Potencialidad para influenciar la modificación del comportamiento personal.
- f. Posibilidad de efectuar modificaciones en el ambiente.
- g. Probabilidad de inducir y mantener los cambios.
- h. Credibilidad ante los ojos del público.
- i. Condiciones para hacer investigación sobre las condiciones de vida del grupo y las técnicas para promover y mantener el cambio de conducta.

Siguiendo este criterio, los sitios de trabajo son considerados ideales por las razones que enumeramos a continuación:

- a. El consumo de alcohol y cigarrillos, así como la hipertensión arterial son los tres determinantes fundamentales de la mortalidad en la población adulta.
- b. Los hombres y mujeres económicamente activos pasan un 30 % de su vida en el trabajo.
- c. Ofrecen la ventaja de su accesibilidad.
- d. El tipo de trabajo se asocia con un gran número de enfermedades, daños, accidentes y muertes.
- e. Permiten el estudio de la historia natural de la enfermedad, así como de la evaluación de programas de intervención.

Si a lo anterior le añadimos, el costo de la Seguridad Social por causa de enfermedad e invalidez; el aumento de la productividad gracias a las mejores condiciones de los trabajadores, la reducción del ausentismo, las incapacidades y la enfermedad; y la probabilidad de reducir las incapacidades permanentes y las muertes prematuras, estos programas se deberían ver como una necesidad latente para el empleador y para el empleado.

Una vez convencidos del beneficio de los programas de promoción y prevención, cabría preguntarse: ¿de quién debería partir el apoyo para su puesta en marcha? ¿del Gobierno? ¿de los proveedores de salud de las mismas empresas? ¿o de los empleados? La experiencia en países desarrollados indica que han sido los mismos dueños de las empresas quienes han reconocido los beneficios económicos de esta intervención, la cual ha sido apoyada por los empleados quienes ven las ventajas en cuanto a seguridad y salud.

En Costa Rica, tanto la Caja Costarricense del Seguro Social como el Ministerio de Salud, han desarrollado algunos programas de intervención en materia de promoción y prevención que podrían adaptarse para las empresas.

¿Qué es promoción de la salud?

El concepto de promoción de la salud reemplazó al viejo concepto de

higiene y se le consideró como una actividad primordial dentro de la práctica médica desde principios del presente siglo. El gran historiador médico Henry E. Sigerist comentaba que la salud es promovida por unas condiciones decentes de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, buena recreación y descanso.

La promoción no es únicamente prevenir la enfermedad. La promoción y la prevención son dos conceptos que usualmente tienden a confundirse. La prevención permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de control viables y eficaces. De esta forma, se anticipa a la aparición del evento que puede perjudicar la salud de la población. La promoción, por el contrario, empieza con gente básicamente sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan. Definir el límite entre una y otra es difícil. Sin embargo, la principal diferencia radica en su enfoque: una trabaja con gente sana, la otra con gente en riesgo de alguna enfermedad o enferma.

Vamos a trabajar la promoción como un concepto general; como una serie de acciones y esfuerzos dirigidos a la protección, mantenimiento y mejoramiento de la salud actual y potencial. La salud actual estaría determinada por el balance de los aspectos físicos, síquicos y sociales de

un grupo. Por otra parte, la salud potencial se vincula con la capacidad del grupo o del individuo de mejorar la salud actual, mediante un adecuado manejo de los factores biológicos que la determinan y de los factores ambientales que la limitan o favorecen.

De esta manera, mantener y mejorar el balance de la salud actual es labor de la promoción y la prevención en los sistemas de salud. La promoción brinda herramientas para mejorar, para "promocionar" la salud potencial, o sea, lograr ese balance a niveles superiores. Esta labor le corresponde a las empresas, las municipalidades, los centros educativos, la familia, el individuo, los medios de comunicación, el Estado, los servicios de salud y toda entidad que tenga relación con el individuo.

"La promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, social y mental un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de modificar o de adaptarse al medio. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por lo tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud".²

2. La carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: la Promoción de la Salud. *Actualidades del Boletín de la Oficina Panamericana*, 103 (1):77, 1987.

La salud, así como la libertad y la cultura deben ser vistos como los valores básicos de nuestra vida. Por lo tanto, debe ser la salud y no la enfermedad, el motivo primordial de la medicina moderna. Existe una epidemiología de la salud que puede ser utilizada para analizar el bienestar, con el mismo método epidemiológico que aplicamos a los problemas de las enfermedades. Es decir, los factores epidemiológicos que mantienen la salud deben ser buscados en la fisiología humana y en las relaciones ecológicas del individuo con su medio.³

¿Qué estrategias usa la Promoción de la Salud?

Las estrategias pueden ser pasivas o activas de acuerdo con la cantidad de acción requerida para realizar la protección. El extremo de las actividades pasivas son aquellas que el individuo las recibe sin hacer el mínimo esfuerzo, como son la pasteurización de la leche, la fluorización del agua, las tapas a prueba de niños en los frascos de medicinas. Por otro lado, las estrategias que requieren de la ejecución individual para que se ejerza la protección son las que llamamos activas, por ejemplo, hervir el agua, no usar sal, no usar grasa saturada, usar cascos o cinturones de seguridad, no fumar, hacer ejercicio, y otras. Estas últimas son más difíciles

de lograr pues dependen de que en el ambiente social se den las condiciones para suministrar la información y permitir el cambio de conducta en los individuos y las poblaciones.

Las estrategias en la promoción de la salud pueden estar enfocadas al "Estilo de Vida" o tener un enfoque "Socioambiental".

El enfoque de estilos de vida postula una visión individualista en contraste con el enfoque socioambiental que provee un marco más comprensivo donde los componentes sociales, ambientales, económicos y políticos están integrados a las estrategias. Este enfoque conlleva la aceptación de estos factores como determinantes del estado de salud de los grupos humanos.

El enfoque de estilos de vida postula el autocuidado y la responsabilidad individual como la estrategia básica en la promoción de la salud. Ve el problema de la salud y la enfermedad como un fenómeno dependiente del comportamiento y la decisión individual. Este ha sido el enfoque clásico utilizado en la mayoría de los programas de promoción efectuados en los países desarrollados, y para quienes reconocemos sus limitaciones, ha sido llamado el enfoque de "castigar a la víctima".

Dicho en otras palabras, este enfoque proporciona una idea incompleta y parcializada de la salud, ya que ignora las condiciones económicas, socio-culturales, ecológicas y ambientales del diario vivir y del trabajo, las cuales tienen un rol determinante como mediadoras y determinantes de la estructura de la salud y del estilo de

3. Hernán San Martín, *Salud y Enfermedad*. (México: Prensa Médica Mexicana, 1985) p.28.

vida. "Para que la promoción de la salud sea efectiva cada individuo debe asumir una parte cada vez mayor de responsabilidad en su propio bienestar".⁴

El enfoque de estilos de vida limita el espectro de la promoción de la salud en los sitios de trabajo a una serie de actividades centralizadas en la modificación del comportamiento del individuo, cambios que son responsabilidad únicamente del mismo individuo. Aunque los elementos del comportamiento individual son importantes factores mediadores en la génesis de las condiciones del proceso salud-enfermedad, es más que evidente que la generación de la enfermedad en los sitios de trabajo, trasciende considerablemente los comportamientos de los trabajadores.

Cabe aclarar que las enfermedades en los sitios de trabajo portan una compleja gama de factores de riesgo de pérdida de la salud que, conjugados en el enfoque bio-psico-social, interactúan de manera tal que hacen necesaria la intervención de la epidemiología de la salud, para deslindar factores específicos que deban ser aumentados, mantenidos o limitados para la consecución de un estado de salud. "Un estilo de vida saludable puede ser adoptado sólo cuando se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello. En un

ambiente empobrecido existen barreras para el conocimiento y la oportunidad. Pero tal vez sea aún más importante la erosión de la voluntad.

"No es fácil dedicarse a la búsqueda positiva de la salud si hay que invertir grandes energías en la lucha diaria por la vida".⁵

Contrariamente, el enfoque socioambiental propone la promoción de la salud como un principio básico en las políticas sociales, y a la vez reconoce que cualquier intervención debe dirigirse a eliminar diferencias existentes dentro de los grupos de una sociedad. En lugar de identificar grupos de enfermedades o indicadores negativos, la intervención debería dirigirse a las condiciones de vida o de trabajo de un grupo social específico.

Partiendo de este principio, la promoción de la salud es una estrategia que reconoce la distribución desigual, y como tal su tarea es la intervención de grupos humanos a mayor riesgo. "Las intervenciones de promoción de la salud no deben dirigirse hacia la identificación de enfermedades de una población, sino a identificar grupos sociales en relación a sus propias condiciones de vida".⁶

Más allá de los comportamientos individuales, así como de las condiciones ambientales y de trabajo, la estructura social, la organización del proceso de trabajo y de producción tienen una influencia determinante en la creación y reproducción de la salud y la enfermedad de la población trabajadora. Además, es importante considerar que los individuos y los comportamientos de los grupos (in-

4. R.N. Beck. *IBMs Plan for life: Toward a Comprehensive Health Strategy (Workside Health Promotion)*. *Hlth. Educ. Q.* 9, Special Suppl. p.56, 1982.

5. Carlos Castillo Salgado. "Assessing recent developments and opportunities in the promotion of health in the American workplace." *Soc. Sci.*, 19 (4): 354, Great Britain, 1984.

6. Castillo Salgado, *Ibid.*, p.355.

cluyendo comportamientos de alto riesgo), están articulados internamente en una red social de patrones de comportamiento la cual es aceptada en el ambiente social. No sólo eso, dichos comportamientos son promovidos y mantenidos por una poderosa fuerza que opera en el interior de la sociedad de la cual los medios de comunicación y la industria de la propaganda son una expresión.

Por lo tanto, todo esfuerzo o programa que esté diseñado para influenciar individuos o grupos a modificar su comportamiento de alto riesgo por prácticas más saludables, debe tomar en cuenta que los patrones de comportamiento no son solamente un asunto de índole particular y de voluntad, sino que responden a múltiples determinantes de la estructura social. Lo anterior daría paso a: la disminución del costo de la atención de la seguridad social por causa de enfermedad, la reducción del número de días por incapacidad parcial o permanente y la reducción del número de muertes prematuras.

Es importante hacer énfasis en que la salud del trabajador tiene influencia directa en la capacidad productiva de la población en general. Por lo tanto, es de primordial importancia para la institución empleadora constituirse en promotora de este proyecto de atención a los riesgos ambientales, para colaborar no sólo en la consecución de un estado de salud óptimo de sus trabajadores, sino, para contribuir a la vez, a generar un mayor estado de conciencia respecto a la importancia de nuestra participación dentro del sistema nacional productivo

y la relevancia de observar ciertas medidas que garanticen la óptima salud ocupacional o profesional de los trabajadores.

Llegados a este punto, vale la pena preguntarnos si los programas de intervención con el enfoque de "ESTILOS DE VIDA" serán capaces de mejorar las condiciones de vida y de trabajo y las oportunidades de salud esenciales para alcanzar un *status* de vida saludable en la población laboral.

Limitaciones

Siempre que se inician programas innovadores sucede una serie de eventos que limita su desarrollo, como por ejemplo, la resistencia al cambio, la poca motivación por el programa, la falta de credibilidad, el desconocimiento del problema o del programa mismo. En el caso de los programas de promoción de la salud, a las limitaciones comunes se le añaden otras, que merecen ser tomadas en cuenta y discutidas por los grupos de trabajo para garantizar su éxito.

La primer gran limitación son los programas tradicionales de salud, que la población conceptualiza en términos de programas asistenciales y cuyos resultados se observan a corto o mediano plazo. Contrariamente, los programas de promoción de la salud son de efecto a largo plazo, de cambios más profundos pero más lentos, por lo que la motivación de la población hacia el programa debe incluir información sobre los resultados a esperar,

y ser claros en cuanto a los plazos, porque aunque se tenga a la población interesada en un principio, ésta se podría ir desmotivando rápidamente ante la falta de cambios "mágicos".

Otra limitación es que su necesidad inmediata puede no ser percibida, sobre todo en poblaciones muy jóvenes, de muy escasos recursos o con poca educación sanitaria.

Ocasionalmente el factor privacidad es una limitante. Puede ser el sentir, por parte de la población, que se le está invadiendo su privacidad. Las campañas que promueven la salud por medio de cambios de comportamiento con frecuencia se perciben como una intromisión en los asuntos familiares e individuales. La decisión de iniciar un programa de promoción debería hacerse después de un proceso de diálogo y negociación con los beneficiados o sus representantes.

Otra de las limitaciones son los grupos de personas que entran en contacto: los que desarrollan el programa y los que lo reciben. Ambos son individuos que tienen actitudes, valores e intereses específicos y lo que es racional para unos puede ser irracional para otros; aspecto que debe ser tomado en cuenta a la hora de elaborar el programa.

El factor económico es complejo y difícil de solventar ya que existe un arraigado mito de que la prevención es barata y la promoción prácticamente gratuita. La concientización sobre la importancia de mantener un ambiente laboral, por ejemplo, exento de riesgos puede quizás lograr el equilibrio necesario para fomentar y exigir el

compromiso económico que permita promover la salud ocupacional.

Por último, el factor político es un obstáculo a veces casi insuperable. Los intereses creados están aquí representados en su máxima expresión, formando un ligamen casi indisoluble con el factor económico.

Considerando lo dicho hasta el momento, vamos a explicar nuestra idea de cómo se articularía un Modelo de Programa de Promoción de la Salud. El modelo que se propone define tres directrices de intervención:

1. El cambio en el comportamiento del trabajador.
2. La cuota de responsabilidad de la entidad donde trabaja para brindar un ambiente saludable de trabajo.
3. El estudio del origen del hábito, dentro de las condiciones de vida del grupo.

Estas deben enmarcarse dentro del "ambiente de trabajo".

Cuando nos referimos al ambiente de trabajo, éste comprende sustancias o materiales tóxicos, actividades y estructuras peligrosas, trabajos "estresantes", ruidos, hacinamiento, luz, ventilación, etc. La esfera de acción de este modelo debe incluir modificaciones en tres áreas: regulaciones, subsidios y educación.

Numerosos estudios han demostrado la relación entre el ambiente social y laboral con el estilo de vida. Las prácticas del estilo de vida son altamente dependientes de la matriz social, de la estructura laboral y de los valores culturales. Por ello, para el éxito de estos programas, deben in-

sertarse en el marco socio-ambiental de los individuos.

Una vez, que se decide iniciar un programa de intervención en promoción de la salud, hay que cerciorarse de contemplar las etapas básicas del proceso:

1. Motivación.
2. Información - conocimiento.
3. Cambio de actitud.
4. Cambio de comportamiento.
5. Oferta de infraestructura que facilite el cambio.
6. Reducción del riesgo.
7. Consecución de objetivos.

Es un hecho que no todas las empresas se encuentran en igual grado de motivación para emprender un programa de este tipo, por eso las metas que se definan deben ser realistas y acordes con ese grado de motivación. Por otro lado, está la motivación de los trabajadores la cual se puede lograr si se les involucra verdaderamente en el proceso; la integración de un comité de trabajadores es una buena forma.

Desjardins⁷ ha indicado algunas opciones que pueden introducirse en los programas para promover un lugar de trabajo seguro y saludable:

1. Que los trabajadores tengan la debida información sobre los peligros que se corren trabajando en esa empresa.

2. Que se facilite el contacto entre los trabajadores y un especialista en salud.
3. El establecimiento de un sistema de información de riesgos y accidentes.
4. Hacer partícipes a los trabajadores elaborando parte del material que se va a divulgar.
5. Facilitar nexos entre empresas con condiciones de trabajo similares.
6. Monitorear y controlar las condiciones del ambiente de trabajo.
7. Reconocer el riesgo potencial de las condiciones actuales de trabajo.

Estos aspectos merecen un especial manejo cuando la empresa tiene trabajadores en turnos nocturnos, ya que el horario de trabajo aumenta sus riesgos síquicos, físicos, biológicos y químicos de ellos y de sus familias. Algunos de los problemas que suelen presentarse en este tipo de trabajadores son las alteraciones del ritmo cardiaco, alteraciones del ciclo menstrual, disturbios en el sueño, afecciones en el tracto digestivo, problemas en el sistema nervioso, problemas sexuales, consumos excesivos de café y cigarrillos, y el aislamiento de la familia y de los amigos.

Para la selección de la intervención de uno o más factores de riesgo es fundamental determinar las características y resultados posibles de esa intervención en particular:

1. Determinación del riesgo.
2. Posibilidad de reducción de riesgo.

7. J.M. Desjardins, W.J. Bigoness y L.R. Harris. "Labor-Management Aspects of Occupational Risk". *A. Rev. Publ. Hlth.* 3: 201-204, 1982.

3. Evaluación.
4. Soporte social y ambiental para efectuar el cambio.

Conclusión

Las iniciativas de desarrollar programas de promoción de la salud en los sitios de trabajo es de suma importancia para mejorar la salud de la población trabajadora, la cual está expuesta no sólo a los riesgos propios de su edad sino a los de su trabajo específico.

Los servicios de salud deben abrirse a la búsqueda de las poblaciones que usualmente no llegan a ocuparlos, sino hasta que el daño es irreversible. A la vez, deben aceptar que los programas de promoción de la salud, por lo novedosos en cuanto a contenidos y enfoques, merecen una especial consideración y discusión sobre aspectos relacionados con su diseño, sus limitaciones y sus alcances.

La promoción de la salud rebasa el tradicional quehacer de la educación para la salud y la prevención de la enfermedad, destacando dos factores fundamentales: la participación de sectores no tradicionales y la incorporación dentro de los programas de población totalmente saludable, libre de factores de riesgo, ya que lo que se busca es evitar que los individuos adquieran dichos factores de riesgo. En el caso de individuos que ya presentan factores de riesgo se busca un proceso reversible que permita la reducción del riesgo.

Por lo tanto, la pérdida de la salud se interpreta como un proceso con-

tinuo donde el individuo sano adquiere inicialmente comportamientos y hábitos "poco saludables", los cuales a través del tiempo pueden transformarse en factores de riesgo, los mismos a su vez evolucionan a enfermedades específicas y de allí continúa el proceso ya conocido. Nuestra interpretación nos obliga a recomendar la intervención de los programas de promoción de la salud a nivel de los hábitos y comportamientos, como la forma más eficaz y duradera del cambio y, en segunda instancia, a las poblaciones y sus factores de riesgo. Con ello no quiere decir que no creamos que se pueda hacer promoción de la salud con poblaciones enfermas o incapacitadas; todo lo contrario, en condición de enfermedad se puede buscar un mejor estado de salud con respecto a la misma enfermedad y con relación a las otras que aún no padece. Para el caso de los discapacitados, las experiencias de otros países han puesto en evidencia la enorme función que se puede hacer en el mejoramiento de su calidad de vida.

Para concluir, se espera que las razones por las cuales se recomienda promover la salud del adulto en los sitios de trabajo, sean suficientemente justificadas para hacer meditar a los funcionarios de los servicios de salud sobre su compromiso con la salud de las poblaciones.

Bibliografía

Abelin, T. "Approaches to Health Promotion and Disease Prevention". En: *Measurement in health*

- Promotion and Protection*. WHO, European Series (22): 22-46, 1987.
- Beck, R.M. "IBM's Plan for Life: Towards a Comprehensive Health-Strategy. (Workside Health Promotion). En: *Health Education*, Q 9, Special Suppl., p. 56, 1982.
- Buck, Carol. "Después de Lalonde: Hacia la Generación de Salud". En: *Canadian Journal of Public Health*. 76(51), mayo/junio, 1985.
- Castillo, Carlos. "Assesing Recent Developments and Opportunities in the Promotion of Health in the Workplace". En: *Social Science and Med.* 19(4):349-358, 1984.
- Desjardins, J. "Labor-management aspects of ocupacional risk". En: *American Review of Public Health*. (3):201-204, 1982.
- Doll, Richard. "Prospects of Prevention". En: *British Medical Journal*. 286:445-453, feb. 1983.
- Elder, John. "Application of Behavior Modification to Health Promotion in the Developing World". En: *Social Science Medicine*. 24(4):335-349, 1987.
- Galvin, Donald "Health Promotion, Disability, Management and Rehabilitation in the Workplace". En: *Rehabilitation Literature*. 47(9-10), sept/oct., 1986.
- Lalonde, M. "El concepto del Campo de Salud, una perspectiva Canadiense". En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 103 (1):76-81, 1987.
- Mc.Ginnis, J. "Managing Health Promoion in the Workplace". En: *Guidelines for Implementation and Evaluation*. Mayfield, Palo Alto, California: Parkinson R.S., p.1, 1982 ◇

La promoción de la salud: un instrumento para prevenir las enfermedades cardiovasculares

José G. Jiménez Montero*

EL AUTOR MUESTRA LA MORTALIDAD SIGNIFICATIVAMENTE CRECIENTE RELACIONADA CON LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN COSTA RICA Y PLANTEA LA IMPORTANCIA DE PREVENIR Y CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO MEDIANTE LA PARTICIPACION ACTIVA DEL INDIVIDUO, DEL ESTADO Y DE LA EMPRESA PRIVADA.

Introducción

Históricamente, en Costa Rica ha existido una inquietud constante para encontrar soluciones a los problemas de salud de la población, desarrollando diversos programas de prevención y de atención médica de excelente calidad.

En 1845 se decretó la creación del Hospital San Juan de Dios y posteriormente se estableció la Primera Junta de Caridad (1), iniciándose de esta forma la medicina asistencial.

La Gaceta Médica de 1913, órgano de la llamada Facultad de Medicina,

reportó la necesidad de establecer el Código Sanitario (2) y además se señaló la magnitud de la mortalidad infantil en Costa Rica (3). Se propuso, en ese entonces, el establecimiento de programas de tratamiento de la anquilostomiasis, enfermedad que descubrieron en Costa Rica, los Drs. Zumbado y Gerardo Jiménez en 1889.

La literatura médica costarricense de la época está colmada de informes sobre la morbi-mortalidad por la tuberculosis, la malaria, la anemia y otras enfermedades infecto-contagiosas (4), incluyendo las enfermedades venéreas y la desnutrición severa (5-6).

En general, desde el principio del siglo hasta los años cuarentas, se crearon leyes y reglamentos orientados al establecimiento de diversas acciones en materia de salud pública

* **Especialista en Endocrinología, Diabetes y Nutrición. Jefe de la Unidad de Bioquímica y Nutrición, INCIENSA. Profesor del Departamento de Farmacología, Universidad de Costa Rica.**

que reflejan la preocupación de las autoridades de salud para ofrecer un mayor bienestar a la población (7).

Las decisiones políticas fortalecieron los programas de atención asistencial y primaria para el control de las principales enfermedades infecto-contagiosas, de la malaria y de la desnutrición proteico-calórica.

Muchas de estas acciones fueron logradas mediante la participación del Ministerio de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Organización Panamericana de la Salud. El saneamiento ambiental, la educación general de la población y la extensión de las vías de comunicación entre otros factores, influyeron en forma decisiva en la reducción de las enfermedades prevalentes de la época y consolidaron la atención médica en Costa Rica; todo ello plasmado en el Plan Nacional de Salud (7).

Por otro lado, la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica en 1960 y posteriormente del Centro de Docencia y Enseñanza (actualmente CENDEISSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Sistema de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, permitieron graduar especialistas en prácticamente todas las áreas de la medicina, que en forma progresiva han llenado las necesidades de atención médica nacional (8).

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica vela por la organización de los Congresos Médicos Nacionales, así como los simposios y reuniones científicas que las asociaciones médicas planean, cuyo fin primordial es el de mantener actualizados en

todos los campos de la medicina al cuerpo médico.

La infraestructura de la salud, el desarrollo socioeconómico y las intervenciones en salud de Costa Rica (9-11) tenían que dar sus frutos. Es así como, las enfermedades infecto-contagiosas y la desnutrición se redujeron en forma importante en muchas áreas de Costa Rica, gracias a los programas de atención primaria y al conjunto de determinantes socio-económicos y educativos que le permiten al usuario, el acceso a centros de salud para brindarle una atención adecuada (9-11). La mortalidad infantil decreció radicalmente de 80 fallecimientos por mil nacidos vivos en 1980 a 13 por mil a finales de esa misma década (11). También la esperanza de vida del costarricense se elevó y es comparable a la de los países desarrollados (9-10).

Surgieron en los años ochentas, las enfermedades cardiovasculares, particularmente la cardiopatía coronaria, ocupando los primeros lugares como causa de morbi-mortalidad en Costa Rica (12).

Análisis de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Costa Rica

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares observada en Costa Rica en las últimas décadas amerita un análisis detallado con el fin de comprender mejor su evolución y desarrollar estrategias preventivas. En esta sección se presentan los resultados de

un estudio que analiza el cambio en la mortalidad por estas enfermedades tomando como punto inicial el año de 1973.

Para efectuar este análisis se utilizaron las copias de las cintas de defunción ocurridas en Costa Rica en los años de 1973 a 1988 que posee el proyecto INCIENSA-CIDA. Estas cintas fueron aportadas por la Dirección General de Estadística y Censos producto de un estudio preliminar (12).

Los resultados se expresan como tasa específica de mortalidad por 100,000 habitantes, según los censos de población de 1973 y 1984. La población de 1988 se estimó por inter-

polación exponencial de los censos anteriores. Las comparaciones entre las tasas de mortalidad se realizaron ajustando la tasa de mortalidad por edad empleando como base la población de 1973.

El cuadro 1 y la figura 1 ilustran la evolución experimentada por la tasa de mortalidad debida a las enfermedades cardiovasculares de 1973 a 1988. La tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria por edad se presenta en el Cuadro 2, demostrándose una tendencia a aumentar en años recientes. A pesar que la tasa de mortalidad cardiovascular total aparentemente no varió significativa-

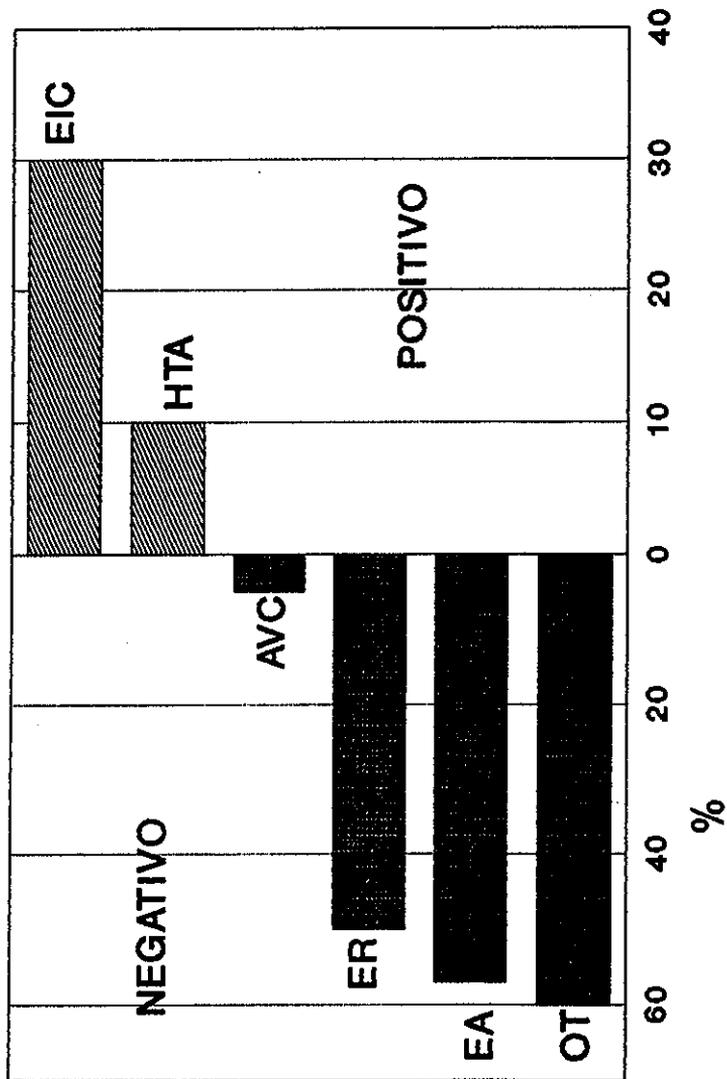
CUADRO 1
TASA* DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN COSTA RICA
1973, 1984 Y 1988

Enfermedad	1973	1984	1988
Cardiopatía coronaria (CC)	37,9	58,7	55,6
Otras enfermedades cardiovasculares (embolias, enf. del pericardio, etc.)	28,5	17,8	14,1
Enfermedad cerebro-vascular (ECV)	26,3	29,8	28,1
Enfermedades de arterias y arteriolas (EA)	7,8	4,9	4,3
Hipertensión Arterial (HTA)	5,6	4,8	7,0
Cardiopatía reumática (CR)	2,8	1,7	1,2
TOTAL	108,9	117,7	110,3

* Por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.

FIGURA 1
PORCENTAJE DE CAMBIO EN LA TASA
MORTALIDAD CARDIOVASCULAR



La tasa de mortalidad cardiovascular en Costa Rica de 1973 a 1988.

ECV= enfermedad cardiovascular

CC= cardiopatía coronaria

HTA= hipertensión arterial

AVC= accidente vascular cerebral

Otras= otras enfermedades cardiovasculares

CUADRO 2
TASA* DE MORTALIDAD POR CARDIOPATIA CORONARIA
COSTA RICA, 1973, 1984 Y 1988
EN MAYORES DE 44 AÑOS

Grupo Etario	1973	1984	1988
30-44	6,6	9,2	9,8
45-59	64,9	77,5	61,6
60-74	327,8	394,3	365,0
74	1431,7	1771,0	2005,7

* 100.000 habitantes

Fuente: Dirección General de Estadística y Censo.

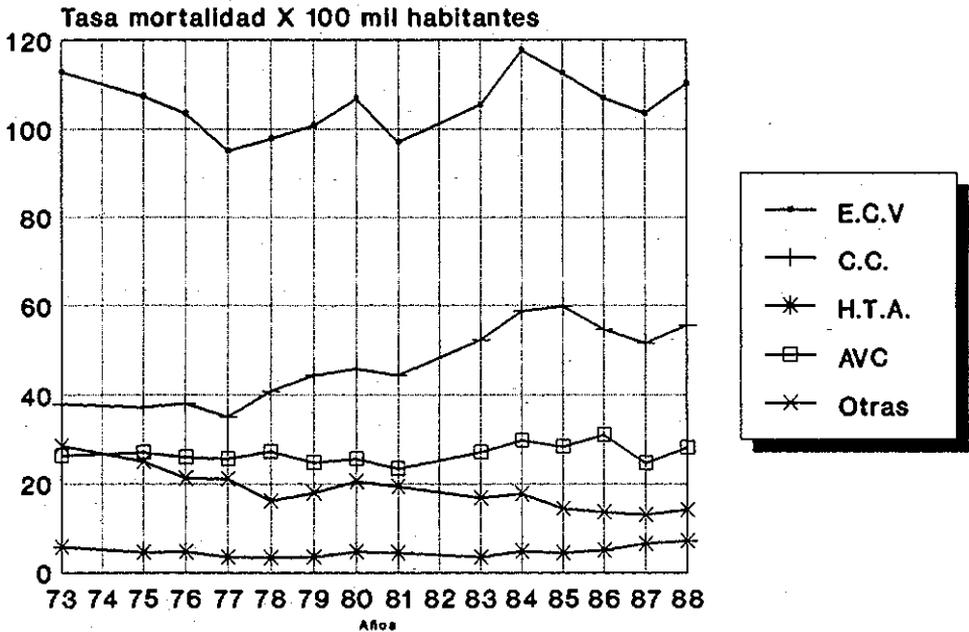
mente (figura 1), se observa un aumento en la tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria. Debido a que la pirámide de la población en el período estudiado varió, aumentando el número de individuos susceptibles de padecer enfermedades cardiovasculares en los últimos años, se calculó la tasa de mortalidad ajustada por edad, expresándose esta, como porcentaje de cambio con respecto a 1973.

Los resultados ajustados por edad demostraron que la tasa de mortalidad enfermedad cardiovascular disminuyó de 1973 a 1975 rápidamente (-40%), posteriormente ocurrió un descenso menos marcado, siendo este cambio del 15 por ciento de 1973 a 1984 y del 13 por ciento de 1973 a 1988. La figura 2 compara el cambio en la mortalidad cardiovascular en los años de 1973 y

1988, observándose que éste no fue uniforme. La tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria (que representa la mitad de todas las muertes por enfermedad cardiovascular) aumentó en un 30 por ciento y la mortalidad por enfermedad hipertensiva en un 10 por ciento, mientras que las restantes enfermedades cardiovasculares declinaron.

Cambios similares en la mortalidad por cardiopatía coronaria se han observado en varios países en desarrollo y contrasta notablemente con las reducciones, que desde hace aproximadamente 20 años, se vienen presentando en las sociedades desarrolladas y económicamente más poderosas como los Estados Unidos, Japón, Canadá, Australia, entre otros (15). Aparentemente en países centroamericanos está presentándose

FIGURA 2
TASA DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR
EN COSTA RICA 1973-1988



Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad cardiovascular en Costa Rica de 1973 a 1988:

- CC= cardiopatía coronaria
- HTA= hipertensión arterial
- AVC= accidente vascular cerebral
- CR= cardiopatía reumática
- EA= enfermedades de las arterias y arteriolas
- Ot.= otras enfermedades cardiovasculares

Negativo significa una disminución y positivo un aumento en el porcentaje de cambio por enfermedades cardiovasculares.

la misma tendencia a la observada en Costa Rica.

El cambio en la mortalidad por cardiopatía coronaria y sus complicaciones no puede atribuirse a un desmejoramiento en la atención médica en Costa Rica, puesto que el sistema de salud ha ampliado la cobertura, los pacientes son mejor atendidos en los tiempos actuales, con mejores medicamentos y equipos en las Unidades de Cuidado Intensivo Coronario. Por lo tanto deben existir otros factores que expliquen la evolución en la mortalidad por cardiopatía coronaria. El cambio observado podría deberse a modificaciones en los factores de riesgo coronario que hubiesen ocurrido en el país en años recientes.

Se ha demostrado que los principales factores de riesgo coronario son el fumado, las dislipidemias (elevación del colesterol y/o triglicéridos plasmáticos), la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes mellitus y factores nutricionales, particularmente el elevado consumo de grasa saturada, y la disminución en el consumo de fibra dietética (16-17).

En Costa Rica no se desconoce con certeza la evolución de esos factores de riesgo, sin embargo, existen datos de estudios transversales que señalan la prevalencia de esos determinantes que se asocian con el desarrollo de la arteriosclerosis coronaria.

Por ejemplo, Mora y colaboradores (18) han demostrado que la prevalencia de hipertensión arterial en adultos es de 15 por ciento en comunidades urbanas y un estudio de la prevalencia de la colesterolemia efectuado en

1982 demostró que el 40 por ciento de la población, tanto de áreas urbanas como rurales, tienen valores de colesterol elevados (19) poniendo a la población en riesgo significativo por este factor (16).

El tabaquismo es muy frecuente y se presenta en todos los estratos sociales, no obstante, la tendencia es mayor en los grupos socioeconómicos más bajos.

En un reciente estudio realizado en Puriscal, Campos et al (20) demostró una mayor prevalencia de factores de riesgo coronario en habitantes de la zona urbana comparada con la rural.

La obesidad, otro factor de riesgo (21) surge como un problema de salud pública con una prevalencia de aproximadamente 30 por ciento (22) y la diabetes mellitus cuya prevalencia se estima en 5,8 por ciento de la población, (18) representan condiciones que predisponen a las complicaciones vasculares. Los análisis de los datos de las encuestas nacionales de nutrición (22) y del Area Metropolitana de San José (23), indican que el consumo de alimentos fuente de fibra dietética como son los frijoles ha disminuido progresivamente y además la ingesta de grasas saturadas, cuya fuente principal en Costa Rica es la palma africana, es elevado (23), elementos dietéticos que han sido vinculados con el desarrollo de arteriosclerosis y cardiopatía coronaria. Por lo tanto, el cambio en el patrón alimentario del costarricense junto con los otros factores mencionados anteriormente podrían explicar, en parte, la evolución de la

mortalidad debida a cardiopatía coronaria.

Con este panorama, el sistema nacional de salud enfrenta una situación compleja, al combinarse la crisis económica que afecta al sector salud, con un aumento en la demanda de servicios médicos para un número cada vez mayor de pacientes que necesitan una atención especializada, propios de países desarrollados.

Consecuentemente, los sistemas de salud requieren introducir cambios para mejorar la prestación de servicios brindando mayor satisfacción al usuario y, por otro lado, debé presentar alternativas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Prevención de la cardiopatía coronaria

Las enfermedades cardiovasculares, particularmente la cardiopatía coronaria y la cerebrovascular son potencialmente prevenibles.

Durante varios años se han investigado los efectos de la modificación de los factores de riesgo coronario y en la actualidad existe evidencia clara que es posible retardar y prevenir la aparición de la cardiopatía coronaria (24-25) mediante el cambio de los principales determinantes de riesgo coronario.

Debido a que la cardiopatía coronaria es multifactorial en su origen, los abordajes preventivos deben ser múltiples y emplear diver-

sos canales para lograr los objetivos deseados (26).

La prevención de las enfermedades cardiovasculares en general tiene dos componentes, el individual y el poblacional (26,27).

El primero se orienta a individuos que necesitan tratamiento específico (hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, obesidad) y requieren de un sistema de atención médica especializada. Este tipo de abordaje generalmente se ofrece en clínicas y hospitales y los resultados dependen en gran medida de la preparación del equipo de salud encargado de la atención de estos enfermos.

Desde la perspectiva poblacional, la prevención y la promoción de la salud son las estrategias recomendadas (27) para que la población adopte y mantenga estilos de vida saludables, condiciones ambientales apropiadas (libres del humo del cigarrillo), con una adecuada disponibilidad de alimentos saludables y facilidades para mantenerse activo físicamente, elementos enmarcados en un complejo abordaje de salud pública (27).

Estrategias para la reducción de factores de riesgo en la población

La mayoría de los adultos tienen uno o más factores de riesgo coronario (20) y muchos de esos factores están estrechamente

relacionados con los hábitos alimentarios y estilos de vida.

Por consiguiente, el abordaje poblacional debe contemplar varios elementos, como se ha recomendado recientemente (27).

Estos elementos son:

- a. Mejorar los hábitos alimentarios, en particular la reducción del consumo de grasas total, particularmente de grasas saturadas y promover el consumo de fibra dietética;
- b. Erradicar el uso del tabaco;
- c. Aumentar la actividad física en toda la población, de acuerdo a la edad de cada persona y de su estado de salud;

Para lograr que estos postulados se cumplan se recomienda la participación de las instituciones públicas para que se definan políticas de salud nutricional y vigilen la calidad de los alimentos ofrecidos a la población. La coordinación con el sector privado, industrial y comercial es indispensable para que el consumidor tenga la oportunidad de escoger los alimentos saludables, y se brinde además educación nutricional para mejorar la preparación de los mismos, tanto a los consumidores como a los vendedores de alimentos cocidos.

En Costa Rica estas acciones se llevan a cabo en una labor conjunta entre los Ministerios de Salud y Economía, normatizando el etiquetado de alimentos, vigilando la calidad de los alimentos y la propaganda. Sin embargo, todavía

queda mucho por definir en este campo.

Con relación al consumo del tabaco, la prevención del inicio del fumado en la adolescencia y la reducción o cese de este hábito en aquellos que ya lo iniciaron, son las metas que el abordaje de salud pública debe imponerse. El derecho de los no fumadores debe ser respetado, y se debe cumplir del decreto, vigente en Costa Rica desde 1988, que prohíbe fumar en sitios públicos.

La promoción de la actividad física en escuelas, colegios y universidades debe constituirse en una meta fundamental para evitar la obesidad en edades tempranas de la vida. En adultos, el sedentarismo podría ser combatido mediante la promoción de la actividad física empleando varias estrategias. En el sitio de trabajo, (las fábricas, las instituciones del Estado y las oficinas privadas) los mismos empleados, guiados por los médicos de la empresa, o enfermeras, podrían promover diversas actividades para aumentar la actividad física.

En las comunidades, la participación activa de las municipalidades ofreciendo sitios apropiados para la recreación y facilidades para realizar actividad física son elementos primordiales para combatir el sedentarismo. Los diversos grupos organizados son elementos que deben ser rescatados para que participen en el desarrollo de actividades orientadas a mantener la salud, favoreciendo la participación de los miembros de la comunidad en actividades recreativas, caminatas

y desestimulando el consumo del tabaco dentro de la población.

Consideraciones finales

En resumen, en forma similar a lo acontecido en años anteriores, con la prevención de las enfermedades infecto-contagiosas, las acciones que se recomienda tomar ahora para reducir los factores de riesgo coronario involucran a muchos sectores. A nivel estatal en general, y especialmente en el sector salud, es prioritario el desarrollo de estrategias adecuadas para la promoción de la salud, lo cual implica, entre otras cosas:

1. La formulación y aplicación de políticas orientadas a la prevención y promoción de la salud con el correspondiente fundamento jurídico.
2. La creación de condiciones ambientales favorables que reduzcan la exposición de la población a elementos contaminantes (monóxido de carbono, humo del cigarrillo, ruido, pesticidas, etc).
3. El control de la calidad y de la información nutricional de los productos alimentarios nacionales e importados.
4. La activa participación de los medios de comunicación en la difusión de los mensajes orientados a mejorar y conservar la salud.
5. El fortalecimiento de las acciones tendentes a reducir y eliminar el tabaquismo y otras adicciones.
6. La reorientación de los programas de educación para la

salud, incluyendo los principios básicos de un estilo de vida saludable dentro de los diferentes niveles de educación formal e informal.

7. El fomento de una auténtica participación comunitaria en la creación de una conciencia individual y colectiva en cuanto a su responsabilidad para la salud física y mental (hábitos alimentarios, actividad física, erradicación del tabaquismo y otras actitudes y capacidades ante la vida)

Sin duda, la adopción de estas medidas en Costa Rica, así como en los restantes países centroamericanos, tendría un impacto favorable en la salud. Particularmente, se podría predecir una considerable reducción en la morbi-mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles, con la consecuente reducción en los altos costos vinculados al tratamiento de las mismas. A nivel general, se contribuiría al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica un giro positivo en cuanto a la expectativa y la calidad de vida de los centroamericanos.

El éxito de estas estrategias estará determinado, en gran medida por dos ejes fundamentales. Uno de estos ejes corresponde a la capacidad de los diversos sectores organizados (diferentes instancias del sector público, de la empresa privada y de los grupos comunitarios) para la prevención y promoción de la salud. El otro, a la respuesta que cada individuo, quien como partícipe directo del cambio, se deberá comprometer consigo mismo y con los suyos a mejorar sus

hábitos en beneficio de la salud y por ende de la vida.

Bibliografía

1. E. Incera Vives. *El Hospital San Juan de Dios, sus antecedentes y evolución histórica*. 1845-1900. Tesis de grado. San José. Universidad de Costa Rica. 1968, p.p.133-135.
2. T. Picado. "Elecciones de la Facultad de Medicina. Resumen de los datos biográficos del Dr. Elías Rojas". *Gaceta Médica de Costa Rica*. 3:25-98, 1914.
3. T. Picado. "Mortalidad infantil en Costa Rica 5,787 niños muertos en 1914". *Gaceta Médica de Costa Rica*. 25:287-293, 1915.
4. M. Zúñiga Idiáquez. "La tuberculosis enfermedad social". *Gaceta Médica de Costa Rica*. 10:148-154, 1914.
5. T. Picado. "La lucha por la salubridad pública". *Gaceta Médica de Costa Rica*. 10:109-110, 1914.
6. T. Picado. Reorganización de la campaña contra la aquilostomiasis. *Gaceta Médica de Costa Rica* 9:97-98, 1914.
7. R. Jiménez Núñez. "Diagnóstico diferencial entre variola y varicela". *Gaceta Médica de Costa Rica*. 33:383-387, 1916.
8. E. Mohs. *La salud en Costa Rica*. Ed Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica. 1983 p.p.37-59.
9. J. Peña Chaves. *La educación médica. Evaluación de los servicios médicos en Costa Rica*. Ed. Nacional de Salud y Seguridad Social. Caja Costarricense de Seguro Social. 1991, p.p.31-44.
10. Dirección General de Estadística y Censos. *Censo de Población 1984*. San José, Costa Rica, 1984.
11. L. Rosero-Bixby. "Socioeconomic development, health interventions and mortality decline in Costa Rica". *Scand J Soc Med* 46(suppl): 33-42, 1991.
12. S. Cervantes y C. Rabee. "Determinants of the evolution of the health situation of the population". *Scand J Soc Med* 46(suppl):43-52, 1991.
13. Departamento de Estadística Unidad Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud *Anuario 1982*. San José, Costa Rica.
14. J.G. Jiménez Montero y M.T. Rojas Núñez. "Análisis del cambio de las enfermedades cardiovasculares en Costa Rica 1973 a 1984". *Rev Cost Cien Med* 8(4):229-239, 1987.
15. M. Feinleib. "The magnitude of the decrease in coronary heart disease mortality rate". *Am J Cardiol* 54:20-60, 1984.
16. W.P. Castelli, R.J. Garrison, P.W.F. Wilson, R.D. Abbott, S. Kalousdan W.B. Kannel. "Incidence of coronary heart di-

- sease and lipoprotein cholesterol levels. The Framingham Study". *JAMA* 256:2835-2838, 1987.
17. P. Samuel. "The role of diet in the etiology and treatment of atherosclerosis". *Ann Rev Med* 1983 p.p. 179-183.
 18. E. Mora-Morales, P. Keith, J.G. Jiménez. "Chronic disease in Costa Rica. Information on diabetes mellitus". *Bulletin IDF*. 35:58-59, 1990.
 19. J.G. Jiménez Montero, V. Castro, J. Piza, G. Díaz, P. Valverde. "Colesterol y triglicéridos en la población costarricense: Interpretación de los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982". *Rev Cost Cien Med* 8:89-95, 1987.
 20. H. Campos, M. Stephen, L.S. Guskak, X. Siles, J.M. Ordoñas, E.J. Schaefer. "Relation of body habitus, fitness level and cardiovascular risk factors including lipoproteins in a rural and urban costarrican population". *Arteriosclerosis and Thrombosis* 11:1077-1088, 1988.
 21. H.B. Hubert, M. Feinleib, P.M. McNamara, W. Castelli. "Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26 year follow up of participants in the Framingham Heart Study". *Circulation*. 67:968-977, 1983.
 22. R.M. Novygrodt Vargas. *Epidemiología de la obesidad en Costa Rica*. Tesis de grado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. 1989.
 23. A. Aráuz, R. Monge, L. Muñoz. "La dieta como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular en el Area Metropolitana de San José". *Arch Lat Nutri* (3): 350-362, 1991.
 24. D.H. Blankenhorn, S.A. Nessim, R.L. Johnson. "Beneficial effects of combined cholestipol-niacin therapy on coronary atherosclerosis and coronary venous bypass grafts". *JAMA* 257:3233-3240, 1987.
 25. G. Brown, J.J. Albers, L.D. Fisher, S. Schaefer, J.T. Lin, Ch. Kaplan, X.Q. Zhao, et al. "Regresión de la cardiopatía coronaria como resultado de la terapia reductora de lípidos intensiva en hombres con niveles de apolipoproteína B elevada". *N Engl J Med* 323: 1289-1298, 1990.
 26. I. Hjermand. "Primary prevention of coronary heart disease". *Acta Med Scan* 218:1-4, 1985.
 27. "Bridging the gap: Science and policy in action. Declaration of the Advisory Board". *International Heart Health Conference*. Victoria, Canada 1992 ◇

DetECCIÓN DE NECESIDADES DE DESARROLLO GERENCIAL EN PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD*

Jessie Orlich**

SE PRESENTAN LOS RESULTADOS DE UNA ENCUESTA A 107 PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, PARA DETERMINAR SUS NECESIDADES DE CAPACITACION EN ADMINISTRACION Y GERENCIA, Y ASI CONTRIBUIR HACIA LA REALIZACION DE PROGRAMAS ADECUADOS DE DESARROLLO GERENCIAL PARA ESTOS PROFESIONALES.

Introducción

En diversos foros y documentos, se ha señalado que la insuficiencia gerencial es una causa influyente de ineficiencia en los servicios de salud (1,2,4,11). Ante la inminente reforma estructural y funcional del sector salud en Costa Rica, es necesario enfocar el desarrollo gerencial como una prioridad, que si bien siempre ha sido elevada, adquiere ahora mayor relevancia.

Tradicionalmente en los programas curriculares universitarios de pregrado en las ciencias de la salud, es poco frecuente encontrar asignaturas de desarrollo administrativo y gerencial.

Si las hay, se les asigna poco tiempo docente y, en general, son consideradas como materias de poca importancia. Por consiguiente, al concluir sus estudios formales, el profesional se enfrenta a un mundo complejo de gestión administrativa, sin los conocimientos ni las herramientas para enfrentarlo adecuadamente. Entonces, se va formando muchas veces empíricamente, otras en forma autodidacta. El resultado es una gran población de profesionales en el sector salud que está realizando funciones directivas, sin la preparación adecuada. No es de extrañarse que

* Esta investigación fue parte del trabajo final de graduación para optar por el grado de Máster en Administración de Negocios con énfasis en Gerencia de Recursos Humanos, en National University, San José, Costa Rica y San Diego, California, E.E.U.U., agosto de 1993.

** Directora del Programa de Capacitación en Administración y Gerencia (PROCAGE), CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

esta situación produzca grandes conflictos y dificultades.

Son también muchos los esfuerzos que se han hecho para subsanar esta carencia. La mayoría de ellos son el producto de la inquietud de los mismos profesionales, quienes buscan por diversos medios llenar esta necesidad. Otras veces las instituciones empleadoras hacen intentos por mejorar su eficacia y eficiencia, a través de una mejor gestión directiva. Ante esta demanda, se ha ido ampliando y diversificando la oferta de capacitación en este campo. Pero la mayoría de los programas no enfocan específicamente los problemas administrativo-gerenciales particulares del área de la salud.

Se han realizado diagnósticos orientados hacia la definición de las necesidades de los profesionales en el área administrativa y gerencial (3,5,10,11). Con el fin de definir mejor las características de esta insuficiencia gerencial en el sector salud costarricense, se realizó una investigación mediante encuesta a profesionales de las ciencias de la salud, de donde eventualmente proviene una gran parte de los altos ejecutivos del sector.

La investigación se basó en la premisa de que antes de iniciar cualquier acción de capacitación, es necesario conocer cuáles son las demandas que han de ser satisfechas, y es especialmente importante diseñar los instrumentos que sean capaces de detectar las verdaderas necesidades de desarrollo gerencial.

El objetivo general de la investigación mediante encuesta fue complementar otras fuentes de infor-

mación (entrevista a altos ejecutivos, recursos bibliográficos) para determinar las necesidades de capacitación y contribuir a la definición del contenido de un programa de desarrollo gerencial para los ejecutivos de los niveles superiores de las principales instituciones del sector salud.

Los objetivos específicos fueron obtener información sobre la percepción de los profesionales de las ciencias de la salud en cuanto a sus necesidades de desarrollo en administración y gerencia, y caracterizar la población de profesionales que actualmente está haciendo esfuerzos de superación en el campo de la administración y gerencia.

Materiales y métodos

La población de estudio estuvo constituida por todos los profesionales de las ciencias de la salud que actualmente están ejerciendo dentro del sector salud costarricense. Se parte de la premisa que muchos de los futuros altos ejecutivos del sector salud se ubican dentro de esta población, y que la satisfacción de sus necesidades actuales desencadenará un mayor desarrollo gerencial y mejores ejecutivos en los años venideros.

La muestra estuvo constituida por todos los participantes en un programa de capacitación a distancia en administración de la salud, impartido durante ocho meses en 1992 por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) en coor-

dinación con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los participantes se matricularon voluntariamente en el programa, y cada uno de ellos pagó el costo de la instrucción. El programa se anunció por el periódico y el único requisito fue tener, como mínimo, el grado de bachillerato universitario en una de las profesiones del área de la salud.

El sesgo intencional en la muestra es de importancia para los fines de esta investigación. Aunque originalmente se pensó en obtener una muestra aleatoria y representativa dentro de la población de profesionales, se prefirió seleccionar un grupo de personas que está haciendo esfuerzos de superación, por varias razones. En primer lugar, existe una mayor conciencia dentro de esta población en cuanto a sus necesidades de capacitación en administración y gerencia. En segundo lugar, es más probable que sea de esta subpoblación de donde eventualmente surjan los líderes y altos ejecutivos del futuro, ya que estarán mejor preparados y con ventajas de currícula. Y finalmente, de esta población se pueden esperar respuestas más relevantes y mejor fundamentadas, puesto que han estado en contacto, en mayor o menor grado, con el pensamiento y el ejercicio administrativo.

El instrumento utilizado fue desarrollado para el fin exclusivo de esta investigación, tomando en cuenta las

recomendaciones estándar para el desarrollo de cuestionarios adecuados, que reunieran ciertas características básicas (7,8,9). Las preguntas fueron cerradas y precodificadas, y fueron validadas en un grupo pequeño de profesionales y ajustadas según la experiencia de prueba. Los instrumentos fueron entregados a los interrogados en una forma impersonal, en reuniones de grupo para otros fines, y no se permitió ningún grado de libertad en las respuestas.

De 150 formularios entregados, fueron devueltos 107 para el análisis. Los cuestionarios fueron codificados y los datos resultantes fueron procesados electrónicamente, por medio del programa REFLEX (Analytica Corp. E.E.U.U, Marca registrada 1984, 1985), una base de datos de tipo analítico.

Resultados

La distribución etaria de los encuestados se presenta en el Cuadro 1. La mayoría de ellos tenía entre 31 y 40 años de edad, y el 83% se ubicó entre 31 y 50 años.

Casi dos terceras partes de los participantes en la encuesta fueron mujeres (63%). Como se comenta más adelante, esta distribución por género no es proporcional a la distribución de los profesionales, por género, en la población a la cual esta muestra representa.

CUADRO 1
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD
ENCUESTADOS SEGUN EDAD (n = 107)

Edad (años)	Número	Porcentaje
< 30	16	15
31 - 40	69	64
41 - 50	20	19
51 - 60	2	2
TOTAL	107	100

Fuente: Encuesta de detección de necesidades de capacitación en administración, CENDEISSS - ICAP, 1993.

En cuanto a la distribución por título académico, y la mayoría de los encuestados tenía una licenciatura (66%) o licenciatura más especialidad de posgrado (22%). El detalle se presenta en el Cuadro 2.

El Cuadro 3 muestra la distribución por profesiones. Se consideró interesante comparar los porcentajes de las profesiones con más participantes en esta muestra con las poblaciones totales de esos profesionales, con lo que se obtienen las proporciones señaladas en el Cuadro 4.

Sólo seis participantes en el curso manifestaron que no ocupaban un puesto de jefatura o dirección. El Cuadro 5 muestra el desglose correspondiente. Es necesario aclarar que los puestos de jefatura se refieren

a jefaturas técnicas dentro de los servicios de salud, que combinan funciones de tipo administrativo con aquellas propias de la especialidad. El hecho de que hubiera muchas respuestas en "otros" indica poca claridad en la pregunta, y pareciera que lo que no se entendió bien fue el concepto de "técnico operativo", interpretándose más bien como "técnico no profesional".

Es razonable, a la luz de esta interpretación, suponer que entre los encuestados, son 24 personas las que no ejercen puestos con responsabilidades administrativas significativas, para un porcentaje del 22%, lo que queda corroborado al analizar la pregunta sobre la experiencia administrativa de los encuestados (ver el Cuadro 7).

CUADRO 2
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD
ENCUESTADOS SEGUN TITULO ACADEMICO (n = 107)

Título Académico	Número	Porcentaje
Bachillerato universitario	6	6
Licenciatura	71	66
Especialidad	23	22
Maestría	3	3
Doctorado	2	2
Otros	2	2
TOTAL	107	100*

* No se suma 100% por redondeo

Fuente: Encuesta de detección de necesidades de capacitación en administración, CENDEISS-ICAP, 1993

CUADRO 3
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD
ENCUESTADOS SEGUN PROFESION (n = 107)

Profesión	Número	Porcentaje
Medicina	44	41
Microbiología	20	19
Farmacia	17	16
Odontología	10	9
Enfermería	7	7
Trabajo Social	7	7
Nutrición	1	1
No respondió	1	1
TOTAL	107	100*

* No suma 100% por redondeo.

Fuente: Encuesta de detección de necesidades de capacitación en administración, CENDEISS-ICAP, 1993.

CUADRO 4
COMPARACION TOTAL DE PROFESIONALES EN CUATRO
PROFESIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
CON LA REPRESENTACION DE LA MUESTRA
DE PROFESIONALES ENCUESTADOS (n = 107)

Profesión*	Total de Profesionales activos		% de participantes ³ en la encuesta, según el total de profesionales	
	Inscritos ¹	Empleados Públicos ²	Inscritos	Empleados Públicos
Medicina	4022	2293	1,1	1,9
Odontología	1200	295	0,8	3,4
Farmacia	1138	149	1,5	11,4
Microbiología	843	316	2,4	6,3

* Se seleccionaron estas cuatro profesiones por ser las más representadas en la muestra y para las cuales hubo información sobre su empleo en el sector público.

1. Fuente: Encuesta telefónica a las Secretarías de los Colegios Profesionales respectivos; 10 de marzo de 1993.
2. En el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Fuente: PASCAP OPS/OMS, Distribución y Composición de la fuerza de trabajo del Sector Salud en Costa Rica. San José, Costa Rica, octubre de 1991.
3. Fuente: Cuadro 3 anterior.

La experiencia profesional de las personas encuestadas presentó una distribución bastante uniforme, aunque con una ligera concentración alrededor de los 11 - 15 años de ejercicio profesional. El Cuadro 6 detalla este aspecto.

La distribución de la experiencia administrativa tuvo una variación menos uniforme (Cuadro 7), con un total del 38% de los profesionales con experiencia administrativa nula o menor de un año, lo que puede considerarse como incipiente. Como se mencionó anteriormente, el hecho de

que el 22% de los encuestados hayan manifestado no tener experiencia administrativa corrobora el supuesto de una mala interpretación de la pregunta referente a los puestos, y este grupo sencillamente realiza funciones de tipo técnico sin mayores responsabilidades de tipo administrativo. Sin embargo, a pesar de que su puesto no lo requiere, el esfuerzo refleja la conciencia que existe con respecto a la importancia cada vez mayor de desarrollar destrezas personales en este campo en forma complementaria al desarrollo técnico profesional en cada una de las

CUADRO 5
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD
ENCUESTADOS, SEGUN PUESTO (n = 107)

Puesto	Número	Porcentaje
Técnico Operativo	6	6
Jefatura	44	41
Subdirección	30	28
Dirección	9	8
Otros	18	17
TOTAL	107	100

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISS-ICAP, 1993.

CUADRO 6
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD
ENCUESTADOS, SEGUN AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL (n = 107)

Ejercicio Profesional (años)	Número	Porcentaje
< 5	22	21
5 - 10	29	27
11 - 15	35	33
15	20	19
No respondió	1	1
TOTAL	107	100*

* No suma 100% por redondeo

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISS-ICAP, 1993.

CUADRO 7
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD
ENCUESTADOS, SEGUN EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA
(n = 107)

Experiencia Administrativa (años)	Número	Porcentaje
Ninguna	24	22
< 1	17	16
1 - 5	38	36
> 5	27	25
No respondió	1	1
TOTAL	107	100

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISSS-ICAP, 1993.

especialidades. Refleja una planificación estratégica en el desarrollo individual de cada uno de los participantes, quienes se están preparando para las oportunidades que puedan surgir en su carrera profesional.

La cuarta parte de los encuestados ha llegado a tener cinco o más años de experiencia administrativa, y en este grupo puede asumirse que la voluntad de participar en el proceso de capacitación obedece tanto a necesidades de curricula personal como a las exigencias de los puestos. Los individuos así intentan buscar soluciones a los problemas de insuficiencia administrativa y gerencial que sienten al enfrentarse a las responsabilidades de sus puestos.

Como respuesta a la percepción de necesidades de información sobre administración y gerencia en el ejercicio profesional de los encuestados, solo 1/107, correspondiente a menos del 1%, afirmó no tener tales necesidades.

Este resultado se considera contradictorio (entonces, ¿Cuál será la razón por la cual ese individuo está invirtiendo sus esfuerzos, tiempo y dinero, en capacitación sobre el tema?) y por su valor numérico, insignificante.

Para los fines de este trabajo, una de las preguntas de mayor interés en esta encuesta fue la determinación de las áreas de interés para la capacitación en temas administrativo-gerenciales. La pregunta presentó

una serie de temas extraídos de diversas fuentes, y permitió que se agregara cualquier sugerencia temática adicional. El Cuadro 8 muestra el ordenamiento de las áreas que se percibe deben ser reforzadas, según el interés o las necesidades de los encuestados.

El Cuadro 9 refleja el cruce de las variables puesto con áreas de interés o necesidad para capacitación. Si bien es cierto que en algunos casos no hay diferencias aparentes en el interés o necesidad de un tema según

el puesto, en otros la diferencia es evidente.

Cuando se preguntó cuándo debería recibirse la capacitación en administración y quién tendría la responsabilidad de brindarla, la mayoría de los encuestados opinó que el desarrollo administrativo-gerencial debe darse después de que el profesional se ha graduado, ya que sólo el 18% señaló que en el currículum de pregrado deben incluirse temas de administración. El 44% de los encuestados señaló que tal capacitación debe

CUADRO 8
IDENTIFICACION DE AREAS DE INTERES O NECESIDAD
PARA CAPACITACION SEGUN PROFESIONALES
DE LA SALUD ENCUESTADOS
(n = 107)

Area temática	Número	Porcentaje
Manejo de Recursos Humanos	95	89
Planificación	88	82
Legislación en salud	82	77
Evaluación y Control	80	75
Adm. de recursos materiales	78	73
Liderazgo	75	70
Legislación Laboral	71	66
Etica profesional	65	61
Sistemas organizacionales	65	61
Contabilidad y Finanzas	51	47
Economía	35	33
Mercadeo	24	22
Otros*	10	9

* Agrupa los temas señalados con poca frecuencia.

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISS-ICAP, 1993.

estar a cargo de la institución empleadora, versus 40% a cargo de las instituciones de educación superior.

Aunque sólo dos personas consideran que debe ser un esfuerzo personal, en la siguiente pregunta, sobre la disposición individual para pagar la capacitación a precio de mercado (no subsidiado por las instituciones), casi dos terceras partes de los pro-

fesionales encuestados (63%) se mostraron dispuestos a pagarla. La razón podría ser una combinación de la necesidad impuesta por las demandas de los puestos, por presiones de carrera profesional y administrativa, y por la falta de oferta por parte de las instituciones empleadoras. Las respuestas a esta pregunta se detallan en el Cuadro 10 y 11.

CUADRO 9

AREAS DE INTERES O NECESIDAD PARA CAPACITACION DE ACUERDO CON EL PUESTO, SEGUN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ENCUESTADOS (n = 107)

Area de interés o necesidad	Porcentaje de respuestas positivas, según puesto				
	Técnico/op. (n=6)	Jefatura (n=44)	Subdirecc. (n=30)	Dirección (n=9)	Otros (n=18)
Manejo de Recursos Humanos	83	86	90	100	89
Planificación	67	82	87	89	78
Legislación en salud	67	68	80	100	83
Evaluación y Control	67	73	73	89	78
Adm. de recursos materiales	83	61	77	78	89
Liderazgo	67	66	63	89	83
Legislación Laboral	50	55	70	89	83
Etica profesional	50	70	57	56	50
Sistemas organizacionales	67	59	57	78	61
Contabilidad y Finanzas	33	36	53	56	61
Economía	50	41	33	22	39
Mercadeo	17	27	20	11	22
Otros	17	11	3	17	17

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISS-ICAP, 1993.

CUADRO 10
MOMENTO OPORTUNO E INSTITUCION RESPONSABLE DE BRINDAR
LA CAPACITACION EN ADMINISTRACION Y GERENCIA
SEGUN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ENCUESTADOS
(n = 107)

Institución/ubicación en el tiempo	Número	Porcentaje
Universidad/pregrado	19	18
Universidad/posgrado	24	22
Institución empleadora	37	35
Posgrado e institución empleador	10	9
Otras combinaciones	15	14
Trámite personal	2	2
	107	100

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISSS-ICAP, 1993.

CUADRO 11
INSTITUCION RESPONSABLE DE BRINDAR LA CAPACITACION
EN ADMINISTRACION Y GERENCIA, SEGUN LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD ENCUESTADOS
(n = 107)

Institución	Número	Porcentaje
Universidad	43	40
Institución empleadora	47	44
Otras combinaciones	15	14
Trámite personal	2	2
TOTAL	107	100

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISSS-ICAP, 1993.

Con respecto a la metodología docente, se prefirió una de estudio a distancia con tutorías presenciales. Se observa el detalle de las respuestas a esta pregunta en el Cuadro 12.

Discusión y conclusiones

La distribución por edad de los profesionales incluidos en esta encuesta es congruente con lo reportado para la población de trabajadores de la ccss, la principal institución empleadora de profesionales en salud en el país (6) y representa las principales edades de la población económicamente activa. Tal infor-

mación confirma la representatividad de la muestra seleccionada, por lo menos en cuanto a la distribución por edad.

En la distribución por género, la muestra presentó un predominio de mujeres, con una relación de casi 2:1 entre mujeres y hombres. Si bien es cierto que ciertas profesiones de la salud presentan predominancia femenina bien comprobada, como lo son enfermería, trabajo social, psicología y nutrición (6), y farmacia (Fuente: Entrevista telefónica, Secretaría, Colegio de Farmacéuticos, San José, Costa Rica, 10 de marzo de 1993), en esta encuesta las primeras cuatro profesiones no incidieron proporcionalmente en la muestra

CUADRO 12
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES DE LA SALUD ENCUESTADOS
SEGUN METODOLOGIA PREFERIDA DE CAPACITACION
(n = 107)

Metodología	Número	Porcentaje
Presencial	13	12
Tutorial	9	8
Combinado	83	78
Otra/no respondió	2	2
TOTAL	107	100

Fuente: Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación en Administración, CENDEISS-ICAP, 1993.

como para afectar la distribución por género observada (15/107; 14%). En otras profesiones de la salud, predominan los hombres, por ejemplo, el 64,3% entre los médicos (6). Esta fue la profesión más representada en la muestra y por ende, sería la más propensa a afectar la proporción entre géneros.

Se puede pensar en que la mayor proporción de mujeres en la muestra refleja el mayor esfuerzo que debe hacer la mujer para colocarse en puestos administrativos y gerenciales. Aunque teórica y legalmente en Costa Rica no hay discriminación por género en cuanto al empleo y las oportunidades de ascenso en las instituciones del sector salud, la realidad es que las obligaciones familiares y las actitudes culturales favorecen la promoción de los hombres a los puestos ejecutivos. En general, la mujer debe hacer más esfuerzos para colocarse en la misma posición, y el predominio de mujeres en una actividad voluntaria y autofinanciada de capacitación en administración y gerencia podría ser reflejo de esta situación.

De las variables analizadas, son tres las que resaltan como más significativas. En primer lugar, es importante destacar la distribución de las profesiones que están haciendo esfuerzos por capacitarse en el campo de la administración. Aunque en la muestra es evidente el predominio de médicos, al establecer las proporciones según profesionales inscritos en los colegios profesionales, y según los profesionales empleados en el sector público, se observa un interés

proporcionalmente mayor de las profesiones de microbiología y farmacia en la capacitación administrativa. Esto es menos evidente cuando se toman en cuenta las poblaciones totales de profesionales inscritos, pero es muy claro al considerar los funcionarios de las principales instituciones empleadoras del sector.

Lo señalado puede deberse a la complejidad cada vez mayor de la gestión administrativa en los servicios de apoyo, y a una percepción antagónica de muchos médicos con respecto a realizar funciones de tipo administrativo. Es importante también señalar que esta tendencia de capacitación en administración y gerencia podría estimular un cambio en cuanto a la participación de profesionales no médicos en los aspectos gerenciales de los servicios de salud.

Otro aspecto trascendente es la variación en el interés o necesidad percibida según el puesto. Todos los grupos reconocen que el manejo de los recursos humanos es el tema de mayor prioridad. La planificación, la evaluación y el control están priorizados por todos los grupos menos el técnico operativo. El interés por los aspectos legales se acentúa conforme aumenta la jerarquía administrativa, llegando a su punto máximo en el nivel de dirección. El liderazgo es considerado como muy importante en el grupo de dirección, como era de esperar, aunque los demás grupos también le asignan una importancia relevante.

El interés en la administración de los recursos materiales es máximo (y equivalente al manejo de los recursos humanos) en el nivel técnico-operativo, en donde los recursos materiales son insumos fundamentales para el cumplimiento de sus labores.

Conforme avanza el grado de responsabilidad administrativa-gerencial, va cambiando el énfasis hacia otros temas, como legislación, liderazgo, planificación y evaluación y control. La diferencia entre el grupo técnico operativo y el grupo de dirección es muy significativa. El primero tiene sólo dos temas en los cuales más del 70% de los encuestados señaló que fueran importantes; el grupo de dirección, por el contrario, señaló a ocho temas como necesarios. Es posible que el primer grupo no comprendiera bien el alcance de los temas indicados, mientras que el grupo de dirección tiene el respaldo de la experiencia para emitir el juicio correspondiente.

Los temas básicos de negocios no fueron considerados como muy importantes (contabilidad y finanzas, economía, mercadeo). También llama la atención que apenas cerca del 50% de los encuestados le asignaron una prioridad elevada a la ética profesional, con una diferencia evidentemente significativa a nivel de jefaturas, en cuyo grupo el 70% señaló que era importante. Sólo el nivel de dirección reconoció una importancia relevante para el análisis de los sistemas organizacionales.

Al cruzar la variable edad con el puesto y el puesto con la experiencia administrativa, es evidente que hay

profesionales muy jóvenes y con escasa experiencia administrativa en puestos de dirección. Esto puede explicarse fácilmente por la asignación de profesionales recién graduados, especialmente médicos, como jefes de unidades de menor complejidad.

Lo anterior constituye un argumento fuerte a favor de la incorporación de asignaturas de la rama administrativa a nivel de la formación de pregrado. Aunque la encuesta no reveló una preferencia por parte de los encuestados en este sentido, si se desea mejorar la capacidad gerencial a largo plazo, es decir, en prospectiva, es necesario planificar el cambio curricular correspondiente al nivel de las instituciones formadoras. De esta forma, se ataca la raíz misma del problema. Lo señalado en la encuesta a favor de la responsabilidad de las instituciones empleadoras como responsables de la capacitación para los puestos con responsabilidades administrativas/gerenciales es una solución apropiada para el corto y tal vez el mediano plazo, pero no debiera constituirse en una política permanente, dada su naturaleza remedial paliativa, su alto costo y en vista que no representa uno de los objetivos principales de las instituciones del sector salud. Consecuentemente, se desvían recursos escasos que debieran invertirse en la consecución de la misión fundamental de las instituciones.

El dato de la disposición de las dos terceras partes de los encuestados para financiar su capacitación en el área administrativa, a precios de mercado, probablemente está influido por

el sesgo en la selección de la muestra. Es evidente que si esta muestra de encuestados está actualmente pagando parte del costo de un curso en administración, probablemente estará anuente a repetir la experiencia. Sin embargo, un tercio consideró que no estaría en disposición de pagar esta capacitación a precio de mercado, que es sustancialmente más de lo que están pagando por el curso actual. Esto reafirma la creencia que las instituciones empleadoras son responsables de financiar el costo del desarrollo gerencial y tiende a perpetuar la función paternalista del Estado.

Con respecto al método educativo, los encuestados sienten la necesidad de mantener, aunque parcialmente, el método tradicional de actividades presenciales en combinación con actividades de tutoría. Tal hallazgo revela la dificultad de romper con los esquemas mentales tradicionales, producto del tipo predominante de educación media y superior. Si se desea enfatizar las técnicas contemporáneas de educación de adultos, es necesario insistir en la aceptación de nuevos esquemas, sobre todo para introducir cada vez más la educación a distancia como metodología para permitir una mayor cantidad de participantes, ampliar la cobertura geográfica de las acciones, reducir los costos, racionalizar el desplazamiento y abandono de las labores cotidianas y promover la integración de grupos regionales de estudio.

Sagot (11) realizó una investigación de la capacidad gerencial en la Caja Costarricense de Seguro Social, y entre otras cosas, determinó que

el 70% de los profesionales que ocupan puestos de jefatura no cuenta con estudios académicos en administración. Tras un análisis cuidadoso, señala que la institución está atravesando una crisis organizacional cuyo eje es la crisis en su recurso humano ejecutivo, buena parte del cual está compuesto por profesionales de las ciencias de la salud.

Concluye con un sombrío diagnóstico: la CCSS no tiene capacidad gerencial.

En conclusión, esta encuesta valida otros trabajos y la percepción de muchos con respecto al empirismo con que los profesionales del área de la salud ejercen sus puestos de jefatura, y la información analizada puede ser una contribución importante para quienes planifican y estructuran actividades educativas en esta área del conocimiento.

Bibliografía consultada

1. Alvarez, Rodrigo y Campos, Armando. Educación permanente en salud. Problemas y proyecciones. *Educación Médica y Salud* 1989; 23(3):275-282.
2. Caja Costarricense de Seguro Social. Comisión Evaluadora Institucional. *Informe Evaluativo de la gestión administrativa y programática de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1980-1990*. San José, junio de 1991.

3. Ceballos, Adolfo. *Guía para obtener un perfil de necesidad de perfeccionamiento a nivel ejecutivo*. Tesis MBA, National University, San José, Costa Rica, 1986.
4. Clarke M., Philgren G., Thärnström K. *Los males de la administración pública y cómo eliminarlos*. MIDEPLAN/SWEDSERV, San José, Costa Rica 1989; 21-37.
5. Fonseca Renauld Jorge Arturo. *La planificación en los establecimientos sanitarios de la Caja Costarricense de Seguro Social. Propuesta de un modelo integral de programación operativa-evaluación de resultados*. Tesis. Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP: San José, Costa Rica, junio de 1989.
6. Fuentes, Carlos, y Morice, Ana. *Distribución y composición de la fuerza de trabajo del Sector Salud en Costa Rica*. PASCAP OPS/OMS, San José, Costa Rica, octubre 1991.
7. Gorden, Raymond L. *Interviewing: Strategy, Techniques, and Tactics*. The Dorsey Press, Homewood, Illinois, 1969.
8. Hernández, Flérida. *Estadística Descriptiva*. San José, Costa Rica, Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP, 1990.
9. Pallavicini Campos, Violeta. *Detección de necesidades de capacitación en el sector público centralizado de Nicaragua: Una propuesta metodológica*. Tesis, Maestría en Administración Pública, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, abril de 1983.
10. Rivera Scott, Norma Patricia. *Formación médica en administración de salud en Honduras: una propuesta*. Tesis. Instituto Centroamericano de Administración Pública: San José, Costa Rica, octubre de 1990.
11. Sagot Esquivel, Carlos Emilio. *Capacidad gerencial y capacidad para la toma de decisiones de los ejecutivos de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Tesis. Universidad de Costa Rica: San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica, marzo de 1989; 208-238 ◊

Necesidad de formación jurídica en el perfil profesional del Gerente

Carlos F. Alvarado Valverde*

Público de Salud

EXPLICA LOS ALCANCES DEL PRINCIPIO DE LEGALIDAD EN LA ACTUACION PUBLICA Y DESARROLLA UNA PROPUESTA DE FORMACION JURIDICA PARA LOS GERENTES DE SALUD, CON EL FIN DE CREAR CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE LA MATERIA JURIDICA EN EL ACERVO COGNOCITIVO DE DICHS PROFESIONALES.

Introducción

La "camisa de fuerza" que constituye el principio de legalidad para toda la administración pública se refleja, con todas sus consecuencias, en el desarrollo del SERVICIO PUBLICO DE LA SALUD.

En efecto, el administrador público en materia de salud debe enfrentarse a los límites y condicionamiento que tanto el derecho administrativo como el resto del ordenamiento jurídico imponen a su giro institucional.

Ahora, la única manera viable de desarrollar una gestión pública de prestación del servicio de salud, eficiente y eficaz, se respalda en cuadros administrativos altamente capacitados y fogueados en el conocimiento, aplicación y manejo de la normativa

jurídica que delimita su ámbito de acción.

Tradicionalmente, la formación de los administradores públicos, circunstancia válida para los gerentes de servicios públicos de salud, se ha basado prevalentemente, en la transmisión de conocimientos técnico-administrativos relegando el conocimiento jurídico a un plano accesorio.

La formación teórica del administrador público de la salud debe retomar, como imperativo de eficiencia y eficacia, la capacitación en materia jurídica que asegure al profesional el correcto desenvolvimiento de su servicio dentro del marco impuesto por el principio de legalidad. Asimismo, el gerente público de la salud, no sólo debe dejar de ser víctima del desconocimiento de la ley sino que, una vez capacitado ampliamente en la materia, es llamado a ser elemento catalizador primordial de la creación jurídica en su campo; toda vez que, siendo el principal operador de la ley,

* Abogado. Especialista en Derecho Internacional de la U.C.R y la Universidad de Perugia, Italia.. Docente-Investigador ICAP.

es el primero que localiza las necesidades de creación o reforma normativa en su área de trabajo.

El principio de legalidad en la administración pública

A diferencia del ámbito de desarrollo de las relaciones jurídicas entre privados, caracterizadas por una amplia permisión de todo aquello que no se encuentre expresamente prohibido, la Administración Pública:

"...actuará sometida al ordenamiento jurídico y sólo podrá realizar aquellos actos o prestar aquellos servicios públicos que autorice dicho ordenamiento, según la escala jerárquica de sus fuentes" (COSTA RICA, Leyes, Ley General de la Administración Pública, artículo 11)

Basándose en esta preconcepción inicial, el Estado y sus instituciones, dentro de las cuales se insertan necesariamente las que prestan servicios públicos de salud, deben tomar en consideración la descripción y el alcance que a sus funciones ha otorgado la Ley.

Consecuencia práctica de esta fuerte limitación jurídica es la vinculación de cualquier tipo de política de atención a los parámetros estrictos que las diferentes leyes orgánicas hayan asignado a las instituciones intervinientes. Siempre y cuando exista una adecuación entre las labores planteadas y el giro previsto por la ley, existirá ajuste a la legalidad en el actuar administrativo; pero cualquier

desplazamiento hacia áreas de acción fuera de sus funciones regulares, consistirá en un inaceptable y por demás antijurídico vicio de incompetencia.

Analizadas estas precisiones previas, resulta evidente la necesaria adecuación del actuar administrativo al "bloque de legalidad"; adecuación absolutamente imposible sin el dominio por parte de los administradores públicos de los rudimentos esenciales, tanto del pensamiento jurídico, como de la normativa que vincula el giro institucional.

Premisas esenciales del conocimiento jurídico

El derecho, como cualquier otra disciplina de estudio de las ciencias sociales, requiere de una serie de conocimientos previos acerca de su origen y funcionamiento como requisito *"sine qua non"* de su estudio positivo. Efectivamente, toda iniciativa de formación jurídica deberá introducir al neófito en la globalidad del espectro jurídico, otorgándole los rudimentos esenciales para adentrarse en los campos positivos específicos que interesen el cumplimiento de sus funciones.

En el caso específico del gerente público, resulta indispensable "llevar de la mano" al estudiante desde el momento de definir de la forma más elemental el fenómeno social derecho, pasando por la conformación jurídico-fáctica del Estado y sus funciones, hasta su incursión en la rama del derecho administrativo, como la dis-

ciplina que regula la actividad de la administración pública.

Este sustrato teórico debe permitir al profesional ubicarse, al menos en una forma incipiente, en el pensamiento jurídico, pudiendo dominar la terminología técnica esencial.

Ubicación en las diferentes ramas de la disciplina jurídica

Los vacíos conceptuales del gerente público en orden al conocimiento jurídico, se acentúan en materias que devienen en deficiencias álgidas al momento de implementar su actividad gerencial.

La insuficiencia cognoscitiva en la materia genera no sólo una falta de adecuación general a los requerimientos que el ordenamiento jurídico plantea al actuar administrativo, sino que impide al gerente público cumplir con su importante función de "agente de cambio" de la normativa legal que condiciona su giro institucional.

En efecto, toda norma jurídica tiene como "génesis" una necesidad de vinculación conductual, ubicada en requerimientos de orden social, político, económico, religioso, etc. Así, el derecho se crea y transforma respondiendo a necesidades de regulación normativa.

En el caso concreto del gerente público de la salud, como operador jurídico primario, debe constituirse en el principal identificador de las necesidades de cambio y producción

jurídica, así como en un natural promotor de tales iniciativas de reforma.

Tan alta y avanzada función dentro del sistema jurídico, se observa totalmente abandonada y desaprovechada al no encontrarse el gerente público ni siquiera en la capacidad de manejar la normativa vigente.

Un adecuado acervo de conocimientos jurídicos dentro de la formación integral del gerente público le permitirá un eficiente y eficaz manejo de su gestión, haciéndolo tomar además, el espacio necesario para convertir la ley en un instrumento que facilite la adecuada prestación del servicio de salud por parte del Estado.

El derecho que regula las relaciones laborales y su especial connotación, tratándose del régimen estatutario que regula el empleo público; la normativa jurídica atinente a la contratación en el derecho administrativo; los principios y alcances del criterio jurídico del servicio público; son solamente algunos de los aspectos débiles, de la necesaria y ausente formación jurídica del administrador público.

Esta limitante conceptual genérica se acentúa en el caso del gerente público de la salud, que además de arrastrar con dicha limitación, debe enfrentar, al menos en el área centroamericana, una legislación sobre salud abundante y asistémica.

Seguidamente se comentan áreas específicas de la problemática planteada, proponiendo algunas probables soluciones formativas.

Derecho Administrativo

El ya citado "Principio de Legalidad", obliga al gerente público a conocer las reglas del juego que condicionarán sus gestiones.

Siendo el derecho administrativo, globalmente comprendido, la normativa que regula la actuación de la administración pública, su manejo es ineludible para una correcta organización del servicio público.

Aspectos medulares de la prestación del servicio, tales como los alcances de la organización estatal y sus consecuencias jurídicas, permiten plantear soluciones concretas, dentro de la normativa vigente, a problemas estructurales que podrían hacer difícil o excesivamente onerosa la prestación bajo un determinado esquema orgánico.

Por su parte, las organizaciones públicas de servicio requieren conocer exactamente la extensión del término "servicio público", proyectado a las necesidades concretas que su administración debe, por imperativo legal, satisfacer.

Contratación administrativa

Especial mención, dentro de las limitaciones de formación jurídica anotadas, merece la materia de CONTRATACION ADMINISTRATIVA. El principio de legalidad adquiere especiales consecuencias agravantes de su ya estricto control de la administración, en el momento de regular la ejecución presupuestaria de fondos públicos.

En efecto, los controles que la Ley establece a la forma de contratación de la administración pública, con el fin de asegurar la fiel y eficiente realización de los recursos económicos, convierte la adquisición de bienes y servicios en un verdadero "trauma" para el administrador puro y simple, que requiere de celeridad y libertad a la hora de disponer de los gastos.

El Estado, con fines de control, establece procedimientos más o menos pormenorizados y por lo tanto lentos, pretendiendo asegurar la maximización de los recursos económicos al contratar los insumos que requiere la administración para el cumplimiento de sus fines.

La programación de actividades formativas, tendentes a la capacitación del gerente público, en la mecánica de la contratación administrativa vigente en el ordenamiento jurídico al que pertenece, reviste fundamental importancia al tratarse de gerentes públicos de salud, dada la naturaleza propia del servicio que desarrollan, fuertemente marcada por la alta magnitud cuantitativa de los insumos que requiere.

Régimen de empleo público

Otro aspecto de difícil manejo por parte del gerente público es el "recurso humano". Dentro de la problemática que manifiestan enfrentar con dificultad este tipo de profesionales en materia jurídica, tiene un sitio tristemente preferente la Legislación Laboral, específicamente, la normativa *ius-administrativa* que regula el REGIMEN DE EMPLEO PUBLICO.

Independientemente de las políticas de manejo de recursos humanos, de la lista de incentivos al personal u otros aspectos relevantes de las relaciones administración-funcionario, los conflictos jurídicos propios de las relaciones laborales son un aspecto omnipresente de la gestión gerencial. En tal sentido, ha dado buenos resultados iniciar al gerente público en la filosofía y rudimentos del derecho laboral en general, pasando luego a la especial relación que el derecho administrativo crea al permear el campo puramente laboral, con los requerimientos y particularidades de la administración pública.

Legislación en salud

La legislación existente en la generalidad de los países centroamericanos en materia de salud, se encuentra desperdigada y carente de sistematización en todos los confines de los correspondientes ordenamientos jurídicos.

Circunstancias particulares de orden político, han generado no sólo una multiplicidad de normativas, sino que no son excepcionales las antinomias entre normas jurídicas promulgadas por muy diferentes sistemas políticos, con muy diferente sustrato ideológico, y lo que es aún más grave, no se cuenta ni siquiera con un sistema coherente de fuentes del derecho.

Así, leyes nacidas al amparo de sistemas democráticos, coexisten con normas dictadas vía "decreto legislativo" en gobiernos de facto, entrando

en conflictos de aplicación y vigencia, tanto en el tiempo como en orden a la materia regulada.

La solución óptima conlleva un monumental trabajo de recopilación y sistematización de la normativa en materia de salud, que otorgue al gerente público la indispensable "certeza jurídica" de la normativa aplicable en cada caso concreto, así como de las expectativas de desarrollo de políticas, no riñendo con los cánones establecidos por el bloque de legalidad.

En el interín, la capacidad interpretativa desarrollada mediante una adecuada formación jurídica, aunada al conocimiento práctico de la normativa vigente en cada país, debería permitir un manejo adecuado de la legislación vigente.

Conclusión general

Un adecuado accionar gerencial en la prestación de servicios de salud, al igual que en el resto del sector público, requiere de cuadros decisorios ubicados en la realidad normativa impuesta por el principio de legalidad.

Esta condición indispensable, que se siente poco satisfecha en el área centroamericana, requiere de un viraje conceptual-académico en las iniciativas de formación de los gerentes públicos, otorgándole a los conocimientos jurídicos un plano de primordial importancia, tanto cuantitativa como cualitativamente, dentro de los

currícula de educación formal, así como a nivel de los esfuerzos de capacitación.

El gerente público de salud debe adoptar el rol de agente de cambio y promotor del desarrollo de la legislación que regule su actividad, superando la pasividad en que la carencia de un conocimiento pleno que su entorno jurídico le impone. Sólo con una participación activa de este operador jurídico en la identificación de políticas de desarrollo de los modelos de atención, que plasme en las leyes las necesidades particulares del sector salud de cada Estado, la prestación de este servicio público será cumplida estratégicamente, en forma efectiva y eficiente.

Literatura consultada

- Dromi, José Roberto. *Introducción al derecho administrativo*. Madrid: Editorial Grouz, 1986.
- Latorre, Angel. *Introducción al derecho*. Barcelona: Ediciones Ariel, 1991.
- Marienhoff, Miguel S. *Tratado de derecho administrativo*. Buenos Aires: Editorial Abeledo Perrot, Tercera Edición, Tomo III-B, 1983.
- Murillo Arias, Mauro. *Ensayos de Derecho Público*. San José: UNED, Primera Edición, 1988.
- Romero Pérez, Jorge Enrique. *Los Contratos del Estado*. San José: UNED, Primera Edición, 1988 ◊

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).

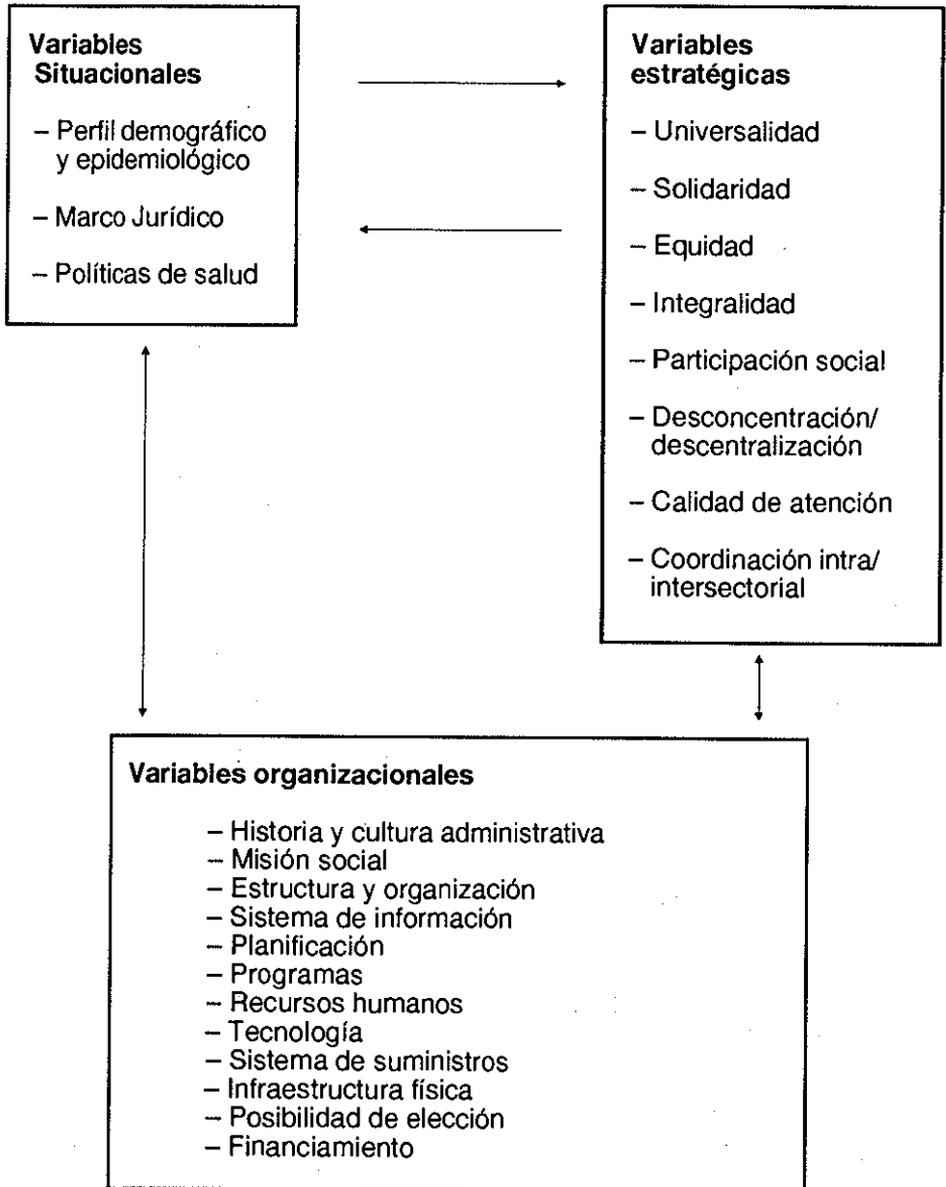
Considerando lo anterior, se conceptualiza el modelo de atención en salud, como el conjunto de acciones concretas de los servicios de salud, condicionadas por los elementos filosóficos, éticos y culturales que subyacen en la concepción del proceso salud-enfermedad, en el marco del contexto histórico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

Calidad total: una filosofía para garantizar la satisfacción en los servicios de salud

Jorge Fonseca Renauld*

Jeannette Jiménez J.**

LOS AUTORES PROPONEN LA FILOSOFIA DE CALIDAD TOTAL COMO PRINCIPAL ESTRATEGIA ADMINISTRATIVA PARA LOGRAR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LAS ORGANIZACIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Día a día la calidad se ha transformado en una característica inherente a los bienes y servicios que se intercambian en una sociedad. Por esta razón, es imposible omitir ese criterio en lo que respecta a los servicios de salud, máxime en una situación en la que se hace imprescindible aprovechar los recursos disponibles con la mayor eficacia, eficiencia y efectividad.

Durante los últimos años, la preocupación de los administradores sanitarios y de los formuladores y analistas de las políticas públicas de salud, se enfocó hacia tres tópicos fundamentales: el incremento acelerado

de los costos de los servicios de salud, la equidad en el acceso a los mismos y su calidad tanto técnica como humana.¹ Sin embargo, el cambio que se ha producido en las estrategias para hacer más efectivos y eficientes los servicios de salud, como es la atención primaria, han provocado que se enfatice en el aumento de cobertura, más que en la calidad de la atención brindada,² asumiendo como un dogma, que con la entrega masiva de servicios de salud es difícil evitar la despersonalización de la atención y la pérdida de calidad técnica.

Hasta hace poco tiempo, se ha tenido la tendencia de asociar el control de la calidad con la producción de bienes en el sector privado, esto por razones de su origen y porque el sector público frecuentemente opera sin competencia y cuando existe, la producción de éstos bienes y servicios está dirigida primordialmente a satisfacer las necesidades de quienes no pueden optar por la oferta privada, de

* **Coordinador del Programa de Estudios Avanzados en Administración de Salud, PROASA-ICAP.**

** **Docente Universitaria en el Area de Calidad Total y Consultora Privada.**

1. Julio Frenk y Jorge Peña. "Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención a la salud". Salud Pública de México. 30(3):406, may.-jun., 1988.
2. José Luis Bobadilla. "Los efectos de la calidad de la atención médica en la sobrevivencia perinatal". Salud Pública de México. 30(3):430, may.-jun., 1988.

modo que no entran en competencia porque ambas satisfacen segmentos diferentes del mercado.

Sin embargo, la tendencia a la privatización (en todas sus formas) de los servicios públicos, hace necesario el desarrollo de instrumentos para controlar la calidad de los servicios ahora privatizados; por ello la adaptación de los principios y técnicas que permiten garantizar la calidad en las empresas privadas, debe ser un esfuerzo de teóricos y de quienes están involucrados en la función pública.

Por otro lado, el "boom" de la preocupación por la calidad en todos los campos y la necesidad de incorporarla a los servicios, han hecho que el nivel político decida fijar las directrices para desarrollar sistemas que permitan el aseguramiento de la calidad. No obstante, con regularidad en esa instancia se desconocen los alcances de tales decisiones. En ese sentido, este aporte pretende ser una guía práctica para quien desee iniciarse en el estudio de la calidad aplicada a los servicios de salud.

La necesidad de garantizar la calidad de los servicios de salud se fundamenta entonces en una serie de consideraciones entre las que cabe resaltar las siguientes:

- Responsabilidad profesional por el mantenimiento y recuperación del estado de salud de los usuarios.
- Compromiso estatal por la salud de la población.
- Temor de los prestatarios de servicios por las responsabilidades legales en que pueden incurrir

debido a un error u omisión en la práctica de las ciencias de la salud.

- Necesidad de lograr un uso más racional de los recursos.
- Necesidad estatal de controlar la calidad de los servicios que se trasladan al sector privado.
- Renovación del interés por la calidad en todos los campos del quehacer humano.
- Focalización del cliente o usuario de los productos o servicios como la razón de ser de las empresas públicas y privadas.

Este aporte presenta en la primera parte, una revisión conceptual de los aspectos más relevantes que conciernen al tema en estudio. A continuación se adaptan los conceptos teóricos generales a los servicios de salud desde el punto de vista del autor y además se propone una estrategia para aplicar la filosofía de Calidad Total en este campo. Finalmente se analiza el posible impacto que el desarrollo de esta filosofía podría generar sobre la situación actual.

Generalidades

Antecedentes

Durante la prehistoria, el hombre recolector de bienes de uso inmediato, debió haber establecido la calidad de los productos que consumía de acuerdo con la capacidad de llenar sus ex-

pectativas. Así, valoraba un fruto de atrayente forma, olor provocativo y sabor dulce.

Al evolucionar hacia el sedentarismo, desarrolló una forma de vida más gregaria y las artes de cazador, viéndose obligado a crear armas que le permitieran cazar animales cada vez más grandes; esto porque su percepción de calidad se desplazó hacia la magnitud de la pieza. Sin embargo, tenía que conformarse con lo que pudiera cazar o recolectar.

Con el advenimiento de la diferenciación del trabajo, surgió el trueque como primer mecanismo comercial. Con él aparecieron mayores exigencias de calidad como forma de optimizar el valor de intercambio de lo que cada quien producía. Lo anterior supone la necesidad de acatar reglas implícitas de calidad como el que, para garantizar la relación comercial a futuro, es necesario dejar satisfecho al cliente y eso se logra produciendo bienes con el grado de calidad que requieren.

Con la creación posterior de la moneda se perdió la relación personal y el equilibrio de fuerzas entre los productores-clientes; por lo que, para los consumidores de entonces fue necesario proveerse de información sobre utilidad, duración y otros aspectos, de terceras personas, antes de cerrar una transacción.

El desarrollo de la creciente especialización del trabajo, el aumento en el número de consumidores y el invento de la moneda desembocaron en el mercantilismo, con la consiguiente demanda masiva de productos que llevó a la industrialización, a la

aparición de excedentes de capital y a la diferenciación entre productores, comerciantes y consumidores.

Colateralmente la preocupación por la calidad se hizo progresivamente más intensa. La intermediación del comerciante o la cadena de ellos, redujo el contacto entre productores y consumidores, por lo cual estos últimos empezaron a definir con más claridad sus necesidades en términos de valor de uso del producto, vida útil, apariencia y precio, por ejemplo.

La aparición del comercio internacional y del liberalismo económico dieron una nueva dimensión al concepto de calidad, esto debido a que produjeron un incremento en los volúmenes de producción, la competencia por el mercado y la fijación de reglas comerciales entre los países.

La industrialización, el consumismo, el comercio internacional y la competencia, entre otros, provocaron una sistematización de la preocupación por la calidad, en tal medida que dio inicio el proceso de normalización, seguido por la metrología y el de control estadístico de la calidad.

Hasta ese momento, el concepto de calidad involucraba el cumplimiento de una serie de normas o estándares, por lo cual el enfoque era de control y evaluación dirigido al producto, ubicando en un segundo plano al consumidor. Cabe destacar que lo anterior se debe en gran medida, a que desde la perspectiva del productor, el comerciante se constituyó en su cliente directo, dependiendo el volumen de ventas, de su capacidad de mercadotecnia y con una

escasa propensión a retroalimentar al productor.

Durante las últimas dos décadas se ha desarrollado un enfoque de calidad muy diferente del antes mencionado. Los cambios ocurridos involucran una reinclusión de la perspectiva del cliente: se pasó de una preocupación por el cumplimiento de los estándares de calidad por el producto, a la incorporación de la satisfacción de las expectativas del usuario.

Lo anterior provocó la ampliación del enfoque tradicional de calidad, pasando de una visión obtusa de la preocupación por los métodos, procedimientos y estándares, a un enfoque sistémico de incorporación de los insumos, el impacto y el ambiente. El siguiente paso consistió en reacomodar y desarrollar todos los elementos para construir una filosofía alrededor de la calidad: la filosofía de Calidad Total.

Como se ha mencionado, durante mucho tiempo se aplicó la calidad únicamente a los bienes tangibles principalmente de origen fabril. No fue sino hasta en los primeros años del Siglo XX que se empezó a trasladar tales conceptos a los servicios, entre ellos incluidos los de salud.³

El enfoque de este artículo es precisamente el que involucra esa percepción amplia de calidad, aplicada a

los servicios de salud, con el propósito que sea ajustada a las condiciones de cada país.

Aspectos conceptuales

Con el propósito de ubicar al lector en la terminología más utilizada para el abordaje del tema de calidad, se procede a continuación a discutir el significado de los conceptos de uso más frecuente.

Calidad

Calidad, como se entiende hoy día, no es una característica tangible, sino el resultado de la interacción de múltiples factores relacionados con las características intrínsecas del bien o servicio y su capacidad para satisfacer los requerimientos del cliente. Desde esa perspectiva, una definición útil para los propósitos de este aporte es la de Gómez:⁴

La calidad se puede definir como la satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos, de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre, de la empresa y de la comunidad.

La calidad es entonces, un concepto subjetivo en cuya génesis intervienen todos aquellos factores que influyen en la creación de expectativas, tales como: nivel de instrucción, información disponible, gustos,

3. Ernest Amory Codman. "A study in hospital efficiency". En: Avedis Donabedian. Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984. Salud Pública de México 30(2):203, mar.-abr., 1988.

4. Eduardo Gómez Saavedra. "El control total de la calidad como una estrategia de comercialización". Legis Editores S.A., Bogotá, 1991. p.92.

escala de valores y de prioridades; en fin, todos los que conforman la idiosincracia individual.

Al igual que la idiosincracia es una cualidad dinámica del ser humano, que se modifica según cambian sus determinantes, la calidad no es una función estática porque depende de las cambiantes demandas del consumidor.

Control de calidad

En concordancia con lo anterior, control de calidad es entonces "...el conjunto de esfuerzos de los miembros de un país o de una empresa para mantener y superar los estándares de calidad, prestando el servicio adecuado a satisfacción completa del consumidor."⁵

Según lo expuesto, el control de calidad involucra al menos dos aspectos; el primero de ellos se relaciona con las cualidades propias de un producto o servicio y su apego a los estándares predefinidos. El segundo, tiene que ver con la capacidad del producto o servicio para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.

Por lo tanto, la primera dificultad que debe enfrentar en la actualidad una institución pública o privada, es investigar la relación entre las necesidades de los clientes con sus productos o los usuarios con su oferta

de servicios. Esa investigación de mercado permitirá definir las características del producto, la forma de distribución, la estrategia de mercadeo, la apariencia más apropiada y muchas otras.

Se distinguen dos tipos de calidad,⁶ absoluta y relativa. La primera se refiere a la concordancia entre el diseño y el producto final. La calidad relativa es la capacidad del producto para satisfacer la necesidad por la que fue creada.

Calidad Total

Se refiere a la condición en que todos los miembros de una organización asumen la responsabilidad por preservar e incrementar la calidad del bien o servicio producido. Esto implica que desde el nivel más alto hasta el más operativo, desde el profesional con más conocimientos hasta el empleado que realiza la función con menos demanda intelectual y desde el proveedor hasta el usuario, deben todos estar de lleno involucrados en el proceso de mantener, mejorar y asegurar la calidad.⁷ No obstante, el nivel gerencial juega un papel preponderante, ya que debe enmarcar y dictar las pautas a seguir por toda la organización, con respecto a la calidad. Por lo antes expuesto, Calidad Total es mucho más que un concepto que valora la capacidad de un bien o servicio para satisfacer al usuario final. Alrededor de este concepto se ha desarrollado toda una forma de ver a la administración moderna, constituyéndose en una filosofía cuya

5. *Ibidem*, p.52.

6. Lucía Merino Garmona. "Diseño de norma para evaluar la gestión de calidad de servicios públicos de salud". Tesis de Licenciatura en Ingeniería Industrial: Universidad Internacional de las Américas. San José, 1992. p.47.

7. *Ibidem*, p.105

aplicación práctica desencadena entre otras cosas nuevas maneras de enfocar viejos problemas, soluciones más adecuadas por poseer un enfoque integral, diferentes fuentes de motivación, modernas estrategias de mercadotecnia y la humanización de los procesos.

Control Total de Calidad

El concepto control total de calidad (CTC) se atribuye a Armand Feigenbaum en 1957,⁸ quien lo definió como:

"...un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad, realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes".

La definición previa involucra la existencia de un sistema de vigilancia de la calidad, desde una perspectiva global, como corresponde al enfoque de Calidad Total. Por supuesto considera que todos los interesados (internos y externos a la organización), deben asumir responsabilidades específicas en este campo.

El punto de vista del presente artículo es el de la filosofía de calidad

total, adicionalmente se trata su relación con el control total de calidad, por lo que a continuación se profundiza en los aspectos teóricos más importantes.

Existen muy variadas definiciones de control total de calidad (CTC), para efectos de este trabajo resulta también de mucha utilidad la propuesta por Gómez:⁹

El CTC significa el conjunto de responsabilidades de todos los integrantes de una organización para la integración, el desarrollo, el aseguramiento y el mejoramiento de la calidad de un producto o un servicio, a fin de hacer posible su fabricación y comercialización, a satisfacción completa del usuario y al precio más económico posible.

Para lograr lo anterior, es posible mencionar que el CTC descansa sobre tres pilares que le confieren su solidez:

- Sistema de metrología, estandarización y normalización.
- Control estadístico de la calidad.
- Asistencia para el mercadeo (estudio de mercado, estudio de satisfacción del cliente, apoyo mercadotécnico, etc.).

Aunque el diseño de un sistema de control total de la calidad varía de acuerdo a la organización en que se quiere aplicar, al tipo de producto que ofrece y diversas variables, se han definido una serie de elementos básicos que deben tomarse en cuenta siempre. El primero de ellos es el que establece como la más alta prioridad, el desarrollo de una cultura de servicio al cliente; así, el usuario es quien en

8. Ricardo Talero Fandiño. "El control total de la calidad: principales enfoques". Salud y Gerencia. Boletín de Desarrollo de Sistemas de Salud-Universidad Javeriana. Bogotá (9): 3, en.-abr., 1992.

9. Eduardo Gómez Saavedra, Op. Cit., p.111.

última instancia define la calidad. En estos términos, cliente es no sólo el usuario externo, sino también todos y cada uno de los subsiguientes participantes en una línea de proceso de la organización.

El segundo principio fundamental es que la consolidación de la calidad involucra un proceso continuo de superación, por lo tanto no es limitado en el tiempo ya que, como se estableció antes, evoluciona permanentemente. Por ello se desarrolla una filosofía de calidad, ya que se crea una escala de valores que debe ser compartida por todos los miembros de la organización. Se transforma en una fuerza imperceptible que guía la entidad hacia sus objetivos primordiales.

El tercer principio existe en función de los dos anteriores y se refiere a la participación en el proceso de mejoramiento continuo, de todos los interesados pero principalmente de la alta gerencia, la que debe conducir y operacionalizar constantemente el proceso. Involucra por tanto un nivel de conocimiento por parte de cada uno de ellos, un importante grado de motivación, capacidad gerencial para operacionalizar al menor plazo posible las propuestas que se van presentando y una gran flexibilidad organizacional para evolucionar a través de la investigación y la innovación.

Fases en el desarrollo de un sistema de control total de calidad

El desarrollo de un sistema de control total de calidad debe verse como

un proceso de duración indefinida, que requiere mucho trabajo, imaginación y valentía, pero cuyos resultados compensan con creces el esfuerzo realizado.

A continuación se presenta una agenda con las actividades principales que involucra el desarrollo de un sistema de Calidad Total en una organización:

- Planeación estratégica del sistema: se trata de un proceso mediante el cual se elabora un análisis del ambiente en que se desenvuelve la empresa (estudio de mercado), se establece la situación actual de la misma (incluyendo sus capacidades y limitaciones), se realizan proyecciones de lo anterior en los escenarios probables, se definen los objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, se fijan las estrategias, se establecen los procedimientos y estándares a alcanzar, se crea la estructura y organización que mejor garanticen la calidad, se programan las actividades de capacitación, se diseñan los mecanismos de control, se motiva al personal y se prepara la estrategia para llevar a cabo las modificaciones necesarias.
- Ejecución: incluye la puesta en práctica de todas aquellas acciones necesarias para desarrollar el proceso de Calidad Total. Entre ellas cabe mencionar la operación del proceso de producción de bienes o servicios con incorporación de la filosofía, operación

de las actividades administrativas de apoyo a la producción, aplicación de los mecanismos de control de calidad, desarrollo del programa de capacitación, aplicación de los cambios que se propongan para superar los errores del proceso y de los productos.

Evaluación de los resultados y el impacto de los bienes y servicios producidos: es la actividad permanente que retroalimenta la planificación del proceso para garantizar una evolución constante hacia la Calidad Total. Involucra entre otros los siguientes aspectos: comparación de los insumos, el proceso y el producto respecto a los estándares aceptados; análisis del impacto en la población meta y estudio de la satisfacción de los clientes con el producto o servicio.

Para desarrollar un sistema de este tipo hay que tener en cuenta que el control total de la calidad tiene que realizarse en todas las funciones del proceso, requiere la participación de todos los involucrados, debe incluir tanto productividad y satisfacción como costo. En última instancia el incremento de la calidad logra aumentar la competitividad de la empresa, mejorando sus ingresos, los del país y de los trabajadores, provocando un cambio positivo en el nivel de vida. Es así como se crea una filosofía de Calidad Total en la que el hombre se constituye en el principio y fin del sistema.¹⁰

Para instaurar un proceso de control total de la calidad debe tomarse en cuenta una serie de aspectos que constituyen el centro de gravitación de la filosofía de Calidad Total:

- Si el servicio al cliente es fundamental, la calidad debe ser la preocupación fundamental del sistema.
- Por lo tanto es indispensable investigar en todo momento las necesidades específicas de los usuarios y adaptar los productos a ellas.
- La Calidad Total debe iniciarse con la garantía de los insumos que se utilicen.
- El análisis de los elementos que afectan la calidad debe reducirse a los que en cada momento tengan mayor impacto.
- La prevención y la predicción de los problemas que más impactan las características críticas, para implantar las mejoras al sistema y asegurar la calidad de los productos.
- Para ello es necesario establecer las causas de los problemas a fin de proponer y operacionalizar soluciones de inmediato.
- Una información clara y oportuna es indispensable para tomar decisiones adecuadas. Para esto hay que aprovechar el apoyo de la estadística.
- Para todos los procesos que se ejecutan en serie, se establece una cadena de clientes y

10. *Ibidem*, p.112.

proveedores; de manera que el siguiente proceso es su cliente.

- Cada vez que se identifica una desviación respecto a los estándares establecidos o las preferencias del cliente, deben tomarse las medidas para corregirla.
- Siendo el cliente lo primero, siempre debe ser tratado con empatía.

Métodos más utilizados en el control de la calidad

Aunque se ha desarrollado una gran cantidad de técnicas y procedimientos para apoyar el control de la calidad, se procede a mencionar algunas de las más conocidas y su utilidad.¹¹

- ◇ Estudio de mercado: involucra diversas técnicas para identificar la competencia, los perfiles de consumo, el ciclo de vida de los productos o servicios, proyecciones de mercado y otras características para determinar las preferencias del cliente.
- ◇ Diagnóstico de situación: con él se determinan las potencialidades de la empresa, sus limitaciones y se realizan las proyecciones a corto, mediano y largo plazo.
- ◇ Histogramas: permiten verificar la variabilidad y la frecuencia en la aparición de un fenómeno.

- ◇ Hojas de comprobación: en ellas se consigna periódicamente la existencia de un hecho.
- ◇ Pareto: posibilita la identificación y la clasificación de los problemas realmente importantes.
- ◇ Diagramas de causa-efecto: facilitan el establecimiento de las relaciones entre un problema y sus posibles causas.
- ◇ Estratificación: permite descubrir las manifestaciones ocultas de un fenómeno, en diversas categorías.
- ◇ Diagrama de dispersión: establece el grado de asociación entre causas y efectos, con base en los desplazamientos que presente una característica de acuerdo a lo que se esperaba.
- ◇ Gráficas de control: favorece la determinación del grado de control que debe establecerse sobre las causas de un defecto.
- ◇ Diagrama de afinidad: posibilita la identificación de condiciones asociadas a un problema para predecir la ocurrencia de eventos semejantes.
- ◇ Diagrama de relación: facilita la visualización de las interrelaciones entre las causas, para diseñar mejores soluciones.
- ◇ Diagrama de árbol: permite determinar los procedimientos más adecuados para realizar una tarea, ramificando cada paso de un proceso.

11. *Ibidem*, pp.117-118.

- ◇ Diagrama de flechas: hace posible la graficación de eventos en el tiempo para determinar la duración y las relaciones entre ellos.
- ◇ Diagrama de flujo: representa gráficamente en orden sucesivo los componentes del proceso o de la solución de un problema.
- ◇ Diagrama matricial: facilita la identificación de las relaciones más importantes entre los diversos elementos de un sistema.
- ◇ Diagrama de diseño de proceso: consiste en la esquematización de un proceso para determinar los cambios necesarios y su ubicación espacial.
- ◇ Medición del impacto: involucra variadas técnicas para establecer el efecto del bien o servicio producido sobre la población meta.
- ◇ Muestreo de aceptación: es una técnica que permite clasificar la calidad de un lote, según los análisis efectuados sobre una o varias características y con base en una o más muestras extraídas de él.
- ◇ Técnicas de retroalimentación: incluyen herramientas que permiten determinar el grado de satisfacción del cliente, información útil para ajustar constantemente el proceso.

Aplicación de los conceptos de calidad total a los servicios de salud

Antecedentes

Desde la primera mitad del Siglo XX se empezó a hablar de calidad aplicada a los servicios de salud; entre los pioneros se reconoce a Lee & Jones quienes, en 1933 escribieron un artículo sobre el tema para el libro *Fundamentos de una Buena Atención Médica*.¹²

Poco tiempo antes, Codman¹³ (1916) había comprendido la importancia de la calidad, en lo que llamó "el resultado final" de la atención en la evaluación de los servicios de salud. Posteriormente, durante la segunda mitad de ese siglo aparecieron algunos trabajos de gran relevancia como los de Makover (1951), Kohl (1955), Paul Lembcke (1956), Daily & Morehead (1956), Shapiro & Col. (1958 y 1960), Morehead & Col. (1964) y otros.¹⁴

Sin embargo, no es sino durante los últimos años que una serie de destacados estudiosos han dedicado tiempo y esfuerzo a adaptar la teoría y la práctica del control de calidad, a los servicios de salud. Entre ellos cabe

12. "Premisas de la calidad de la atención". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):243, mar.-abr. 1990.

13. Avedis Donabedian. "Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984". *Salud Pública de México*. México, D.F., 30(2) 203, mar.-abr. 1988.

14. *Ibidem*. pp.205-206.

destacar a E. Ruelas, A. Donabedian y J. L. Bobadilla.

Evaluación de servicios de salud

Aunque la evaluación de los servicios de salud en sus diferentes perspectivas y modalidades data de mucho tiempo atrás, para los efectos de este aporte sólo se tomarán en cuenta los últimos enfoques, esto con el propósito de ubicar al lector.

Originalmente el foco de la atención de la evaluación de servicios de salud fue el de velar por los resultados de la atención; lo que involucraba la vigilancia de los aspectos técnicos en términos del conocimiento científico existente y su aplicación (confiabilidad del diagnóstico y adecuación de la prescripción como objeto de estudio de la auditoría médica).

En una época posterior, la preocupación incluyó los aspectos procedimentales con un criterio de eficiencia (evaluación del proceso). Esta perspectiva evolucionó hasta desembocar en la preocupación por el costo de los servicios.

Un abordaje más amplio del tema se consiguió con los estudios de acreditación de establecimientos de salud y de condiciones para la eficiencia de los servicios en los que se incluía organización, aspectos cuali-cuantitativos de los recursos humanos,

planta física, dotación de todo tipo de insumos.

Asimismo, los avances en epidemiología y salud pública involucraron el enfoque del impacto de los programas de salud en el estado de bienestar de la población, con lo cual se redimensionó la evaluación de los servicios de salud.

La preocupación por el cliente interno y externo que se produjo en la empresa privada, infuyó durante las últimas décadas para que en servicios de salud se pensara en la necesidad de involucrar como tópico de evaluación la satisfacción de usuarios y prestatarios de los servicios de salud.

Lo anterior permitió el surgimiento del concepto de evaluación de la atención sanitaria hasta el que se utiliza hoy día, que desde la perspectiva de la Secretaría de Salud de México es:

"Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planeadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos".¹⁵

Sin embargo, la filosofía de Calidad Total ha permitido acuñar un nuevo término: garantía de calidad, que incluye a la evaluación pero involucra además la existencia de un subsistema de aseguramiento de la calidad tal que, por cada error detectado se generen e implanten cuanto

15. México, Secretaría de Salud. Cuadernos Técnicos de Planeación. En Aguirre-Gas, Héctor. "Evaluación de la calidad de la atención médica". "Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas". Salud Pública de México, México D.F. 32(2):1738, mar.-abr. 1990.

antes las medidas correctivas necesarias; además se trate de predecir posibles fallas y prevenir los problemas, de modo que la organización mantenga una tendencia permanente hacia el mejoramiento de los productos y la satisfacción de los usuarios.

Conceptualización

Calidad Total aplicada a los servicios de salud, puede entenderse como el conjunto de características técnico-científicas, ambientales, humanas y procedimentales, que derivan de la percepción del usuario respecto al servicio y del impacto que las acciones sanitarias causan en la población.

Por lo tanto, según Mauricio Campo,¹⁶ calidad total en servicios de salud involucra:

- Altos conocimientos científicos y técnicos.
- Excelentes relaciones interpersonales.
- Oportunidad y adecuación de todos los insumos y servicios requeridos (según lo que el país esté en condiciones de ofrecer).
- Operar con los costos idóneos, evitando el despilfarro que

generan todas aquellas acciones que no aportan a la calidad del servicio.

- Desarrollar métodos y procedimientos más adecuados para garantizar la búsqueda permanente de la eficiencia.
- El control permanente sobre los insumos, los procesos, los productos y el impacto para prevenir y corregir las desviaciones de inmediato.
- En fin, el desarrollo de una filosofía que guíe a todos los miembros de la organización al logro de la Calidad Total.

Garantía de calidad

Al igual que en la industria manufacturera, el concepto de garantía de calidad también puede ser aplicado a los servicios de salud. E. Ruelas¹⁷ al respecto indica que además de obtener un juicio sobre el desempeño de las instituciones, la garantía de calidad permite establecer los mecanismos organizacionales adecuados para mejorar las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención y con ello asegurar mayores niveles de calidad. Agrega que:

"La garantía de calidad, en resumen, debe ser interpretada como un conjunto de estrategias dirigidas a disminuir, de manera permanente, la brecha existente entre las condiciones actuales y las condiciones deseables bajo las cuales se otorga la atención a

16. Mauricio Campo. "Servicios de salud de calidad total". Salud y Gerencia. Universidad Javeriana, Bogotá. (9):3. en.-abr. 1992.

17. Enrique Ruelas. "Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía". Salud Pública de México. México D.F. 32(2):108, mar.-abr. 1990.

la salud, de manera tal que se asegure al paciente la obtención de los mayores beneficios para su salud con los menores riesgos."¹⁸

En concordancia con lo enunciado anteriormente, la garantía de calidad debe aplicarse a todos los campos en los que transitan los servicios de salud, a saber:

- Formulación y operacionalización de políticas, objetivos, estrategias, etc.
- Conocimiento técnico-científico y su aplicación.
- Recursos humanos, materiales y tecnológicos.
- Ambiente donde se prové la atención.
- Relaciones humanas.
- Procedimientos administrativos y técnico-médicos.
- Productividad.
- Capacidad instalada.
- Satisfacción del usuario y del prestatario.
- Impacto de la atención individual y de los programas.
- Organización de los servicios.

Ambito de aplicación de la filosofía de calidad total

Según lo discutido previamente, la filosofía de calidad total se aplica en

18. Ibidem, p.109

19. Avedis, Donabedian. "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad". Salud Pública de México. México D.F. 32(2):114-117, mar.-abr. 1990.

20. Evert, Reerink. "Garantía de calidad de la atención a la salud en los Países Bajos". Salud Pública de México. México, D.F. 32(2):125, mar.-abr. 1990.

todos los ámbitos organizacionales; por lo tanto, en cada uno de ellos debe haber mecanismos generales y específicos que garanticen la calidad.

De acuerdo con Donabedian¹⁹ la garantía de calidad en servicios de salud se aplica en tres áreas fundamentales: el ambiente físico de la atención, el manejo de la relación interpersonal y la atención técnica que incluye la base científico-tecnológica, los recursos humanos y materiales, las características y preferencias de los pacientes y los objetivos sociales de la prestación.

Sin embargo, bajo la perspectiva de garantía de Calidad Total quedaría por incluir el impacto de los programas tanto en la situación de salud como en la satisfacción de usuarios y prestatarios, así como la productividad y organización de los servicios.

En lo que respecta a los niveles administrativos, la garantía de calidad puede y debe aplicarse tanto a los establecimientos operativos del nivel local, como al conjunto que representan los sistemas locales de salud, pero también en el nivel regional y en el ámbito central. Por supuesto, todo lo dicho se aplica independientemente del nivel de complejidad y de atención: desde la atención básica hasta la ultraespecializada y desde la atención primaria hasta la de referencia.

Mecanismos para la garantía de calidad

En un estudio sobre calidad de la atención realizado por Reerink²⁰ en los hospitales de los países bajos, se encontró que estaban siendo utilizados

una profusión de mecanismos, entre ellos:

- Acreditación de establecimientos.
- Estudio retrospectivo de registros.
- Estudio de defunciones.
- Revisión de la utilización de los servicios.
- Análisis y eliminación de tareas innecesarias.
- Auditoría de errores y accidentes.
- Garantía de calidad departamental y multidisciplinaria.
- Revisión por pares.
- Autorizaciones y procedimientos legales.
- Evaluación por los pacientes.

Jessee,²¹ en un estudio semejante realizado en Estados Unidos, estableció que se estaban utilizando otros mecanismos a saber:

- Acreditación profesional.
- Revisión de la utilización de los servicios.
- Relaciones con los pacientes.
- Condiciones de participación para la prestación de servicios a pacientes cubiertos por programas de seguridad social.
- Arbitrajes especializados.

- Acusaciones por negligencia profesional.

- Revisión por organismos privados con fines de lucro.

A los anteriores mecanismos cabría agregar como posibilidades a evaluar para el desarrollo de un sistema de garantía de calidad, los círculos de calidad y las encuestas o entrevistas periódicas para determinar el grado de satisfacción de usuarios y prestatarios con los servicios de salud.

Según Reesnik²² el proceso que en los países bajos se ha utilizado involucra la detección y el análisis del problema, la formación de criterios a nivel local, la evaluación y formación de un juicio, la selección e instauración de acciones para mejorar la calidad y por último la reevaluación para verificar el impacto de las medidas correctivas.

Agenda para el desarrollo de la filosofía de calidad total en los servicios de salud

En lo que respecta a la expectativa de desarrollo de un sistema de calidad es necesario tomar varias decisiones previas que involucran entre otras la amplitud del sistema y de su ámbito de aplicación. En ese sentido vale la pena insistir que si se define como meta la Calidad Total, necesariamente se deben incluir todas las actividades institucionales en todos los campos y niveles jerárquicos con participación de todos los miembros de la organización.

21. William, Jessee. "Garantía de calidad en los hospitales de Estados Unidos". Salud Pública de México. México D.F., 32(2):132-136, mar.-abr. 1990.

22. *Ibidem*, p.126.

A continuación se enumeran los pasos más importantes que a nuestro juicio deben darse para establecer una filosofía de Calidad Total²³; por supuesto, la aplicación a diferentes realidades involucra una adaptación de los contenidos y de la continuidad.

1. Existiendo la necesidad de mejorar continuamente los sistemas actuales, en primer lugar, se debe adquirir un compromiso formal a nivel gerencial para que el proceso de Calidad Total pueda ejecutarse con el apoyo de los estratos político y técnico. Lo anterior implica que los niveles jerárquicos superiores deben tener un conocimiento formal de los aspectos relacionados con la calidad.
2. Se deben investigar las condiciones que constituyen el punto de partida de la organización, para determinar sus limitaciones y potencialidades y con base en ello, formular e implantar una política nacional, sectorial o institucional que respalde el proceso de calidad total, así como de los objetivos y la misión organizacional en estos términos; para que sirva de fundamento en el desarrollo de la filosofía.
3. Es indispensable definir los alcances y el ámbito de aplicación del sistema de garantía de la calidad que se diseñe, en respuesta a la

23. Para mayores detalles a este respecto se aconseja consultar a Rafael Pérez "Una guía para la implementación y desarrollo de un proceso hacia la calidad total". Salud y Gerencia. Universidad Javeriana, Bogotá. (9):3, en.-abr. 1992.

problemática según las circunstancias dadas.

14. Adicionalmente se debe realizar un proceso de capacitación de todo el personal involucrado en el cambio para que participe en todo el proceso, profundizando la conceptualización según sea el nivel a que corresponda
5. Es necesario que se desarrollen los mecanismos necesarios para la normalización del sistema (nacional, sectorial o institucionalmente), la metrología y el diseño procedimental de los aspectos que involucra la implantación de esta filosofía.
6. Simultáneamente con la normalización, deben definirse y diseñarse los instrumentos y los métodos que se utilizarán para efectuar el control total de calidad. Además se desarrollarán los mecanismos para la aplicación y el monitoreo de las medidas correctivas que surjan en el proceso de mejoramiento de la calidad.
7. Por su parte, la estructura organizacional debe responder, impulsar, dirigir y soportar el desarrollo de la filosofía de Calidad Total. También se debe crear la articulación con el sistema de garantía de la calidad.
8. Constantemente se deberán promover la motivación, capacitación y el involucramiento de todos los actores comprometidos en el proceso, para la creación de una conciencia sobre la Calidad Total. Determinándose según los

cambios, los correspondientes incentivos para premiar los logros y los aciertos en el proceso.

9. Es importante definir claramente la relación entre los proveedores y los usuarios del sistema, con el fin de mejorar los contactos en todo momento y retroalimentar en forma constante el proceso.
10. Adicionalmente, se debe diseñar una metodología para determinar los costos de calidad, que permita cuantificar los beneficios que brinda cada día el sistema y comparar en el tiempo los costos de operación de éste, los cuales son: prevención, evaluación y fallas internas y externas.

Siendo los servicios de salud tan variados y complejos, para iniciar un proceso de Calidad Total, se sugiere determinar las áreas prioritarias y detallar un plan de desarrollo paulatino conociendo de previo el tiempo que se tomará contar con un sistema consolidado al respecto.

De todos los puntos antes mencionados quizá el proceso más largo y detallado sea el de normalización (que constituye la base de la garantía de calidad) por lo que conviene especificarlo aparte.

Normalización

Aprovechando la definición de Gómez²⁴ el proceso de normalización

es una forma ordenada y práctica de consignar por escrito la información administrativa y técnica, a fin de asegurar que los insumos, las actuaciones, los procedimientos y los productos sigan un método y exhiban unas características concordantes con los que se negociaron previamente entre las partes.

Según el mismo autor, las técnicas utilizadas para la normalización son la investigación de las necesidades del cliente, el diseño del producto o servicio, la consignación de especificaciones y tolerancias, el diseño del proceso de producción, la planeación, la programación y el control de la producción, el análisis de valor del bien o servicio producido, la ingeniería de calidad y el análisis de la documentación existente;²⁵ también, en el área de servicios de salud el método de criterio de expertos puede ser muy útil.

Por supuesto, la metrología y el diseño metodológico apoyan la normalización, proveyéndola de los instrumentos básicos para desarrollarse inicialmente y para asegurar la garantía de calidad.

Recomendaciones a los gerentes interesados en desarrollar programas de calidad

Diversos autores connotados han elaborado una serie de recomendaciones para la alta gerencia que está interesada en desarrollar programas de garantía de la calidad, entre ellos

24. Eduardo Gómez. *Op. cit.* p.290.

25. *Ibidem*, p. 302.

Deming²⁶, Ishikawa²⁷, Jurán²⁸ y el mismo Gómez²⁹. A continuación se presenta una síntesis de las mismas por considerarlas de gran importancia, para que los gerentes de servicios de salud dimensionen su grado de responsabilidad en el proceso.

- * Estudio de la cultura y la idiosincracia de la población.
- * Ruptura con la tradición mediante la adopción de una nueva filosofía que involucre a todos.
- * Reestructuración de la teoría gerencial de la organización y su relación con la calidad.
- * Definición de una misión y de políticas de calidad para guiar el proceso.
- * Creación y mantenimiento de un propósito de lucha constante por la calidad.
- * El gerente debe ser siempre el más conocedor de la teoría y práctica de calidad y control total de la calidad.
- * La alta gerencia debe liderar el cambio hacia la calidad total y

26. Edward, Deming. "Quality, productivity and competitive position". En: Eduardo Gómez, "El control total de la calidad como estrategia de comercialización". Legis Editoriales S.A., Bogotá, 1991. p. 128.

27. Kuro, Ishikawa. "Quality control". En: Eduardo Gómez, "El control total de la calidad como una estrategia de comercialización". Legis Editores S.A., Bogotá, 1991. p.130.

28. Jurán, Joseph. "Managerial breakthrough". En: Eduardo Gómez, "El control total de la calidad como una estrategia de comercialización". Legis Editores S.A., Bogotá, 1991. p. 131.

29. Eduardo Gómez Saavedra. "El control total de la calidad como una estrategia de comercialización". Legis Editores S.A., Bogotá, 1991. p. 132.

ser por lo tanto, el mayor promotor del proceso.

- * Delegación de funciones de calidad a todos los trabajadores y funcionarios.
- * Desarrollo de una cultura de servicio al cliente como principio y fin del proceso.
- * Preocupación por el mejoramiento constante de los procesos y de los productos.
- * Desarrollo de métodos modernos de capacitación y entrenamiento.
- * Establecimiento de un sistema adecuado de supervisión capacitante.
- * Eliminación de todas las funciones que no aporten beneficios a la función de calidad.
- * Asegurar una precisa comprensión y ejecución de los métodos y procedimientos.
- * Rompimiento de las barreras entre las áreas de especialización para constituir un equipo homogéneo en pos de idénticos objetivos, esto se logra mediante un sistema gerencial de funciones cruzadas.
- * Asignación de mayor importancia a la calidad que al volumen de producción.
- * Remoción de las barreras que reducen la destreza del trabajador.
- * Promoción del concepto: "el próximo proceso es su cliente".
- * Creación de una estructura a nivel de alta gerencia que

promueva diariamente lo anterior.

- * Establecimiento de un programa continuo de investigación-acción.

Como el lector ha podido constatar, el desarrollo de la calidad total conlleva un proceso continuo y lento, que requiere de gran dedicación y cuya principal responsabilidad recae sobre la alta gerencia. Se trata de un impulso global organizacional, que necesita de conocimientos teóricos a gran escala aunque accesibles a cualquier persona, asimismo es indispensable la aplicación empírica y constante de tales conceptos, para crear una sólida cultura institucional alrededor de la calidad total.

En resumen, si se parte del hecho que la calidad es uno de los factores básicos de la decisión del cliente para el consumo de cualquier bien, en especial en el área de la salud, ésta debe ser la principal estrategia administrativa y la clave para el éxito de una organización que brinde dichos servicios. Pues con un cambio de esta magnitud, se logrará entre otros aspectos, un rendimiento sustancial de las inversiones sanitarias, una mayor productividad y menores costos en la prestación de los servicios; por lo tanto cualquier programa que se desarrolle con esta filosofía en el área, puede gozar de ventajas competitivas importantes, especialmente con el sector privado.

Bibliografía

Aguirre, Héctor. "Evaluación y garantía de calidad de la atención médica". *Salud Pública de*

México. México D.F. 33(6):623-629, nov.-dic. 1991.

Aguirre, Héctor. "Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):170-180, mar.-abr. 1990.

Bobadilla, José Luis. Los efectos de la calidad de la atención médica en la sobrevivencia perinatal. *Salud Pública de México*. 30(3):416-431, may.-jun., 1988.

Campero, Lourdes. "Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):193-204, mar.-abr. 1990.

Campo, Mauricio. "Servicios de salud de calidad total". *Salud y Gerencia*. Universidad Javeriana. Bogotá. (9):3, en -abr. 1992.

Codman, Ernest Amory. A study in hospital efficiency. En: Avedis Donabedian. "Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984". *Salud Pública de México*. 30(2):203, mar.-abr., 1988.

Donabedian, Avedis. "Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984". *Salud Pública de México*. México D.F., 30(2):202-212, mar.-abr. 1988.

Donabedian, Avedis. "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad". *Salud*

- Pública de México*. México D.F. 32(2):114-117, mar.-abr. 1990.
- Durán, Lilia & Col. "Calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):181-190, mar.-abr. 1990.
- Frenk, Julio y Peña, Jorge. Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México*. 30(3):406, may.-jun., 1988.
- Gómez, Eduardo. El control total de la calidad como una estrategia de comercialización. *Legis Editores S.A.*, Bogotá, 1991. p.92.
- Jessee, William. "Garantía de calidad en los hospitales de Estados Unidos". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):132-136, mar.-abr. 1990.
- Laguna, Javier & Salinas, Carolina. "Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):221-224, mar.-abr. 1990.
- Leñero, José. "Calidad total". *Rumbo*, III edición especial. Impresión Comercial de La Nación. San José, pp. 1-66. s.f.
- Leñero, José. "Calidad total. Primera parte". *Rumbo*. Impresión Comercial de La Nación. San José, 14 de agosto 1990. p.41.
- Leñero, José. "Calidad total. Segunda parte". *Rumbo*. Impresión Comercial de La Nación. San José, 21 de agosto 1990. p.28.
- Leñero, José. "Calidad total. Tercera parte". *Rumbo*. Impresión Comercial de La Nación. San José, 28 de agosto 1990. p.41.
- Merino, Lucía. "Diseño de norma para evaluar la gestión de calidad en servicios públicos de salud. Tesis de Licenciatura en Ingeniería Industrial: Universidad Internacional de las Américas. San José, 1992. p. 47.
- México, Secretaría de Salud. Cuadernos Técnicos de Planeación. En: Aguirre-Gas, Héctor. "Evaluación de la calidad de la atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):170-180, mar.-abr. 1990.
- Pérez, Rafael. "Una guía para la implementación y desarrollo de un proceso hacia la calidad total". *Salud y Gerencia*. Universidad Javeriana. Bogotá. (9):3, en.-abr. 1992.
- "Premisas de la calidad de la atención". *Salud Pública de México*. México, D.F. 32(2): 243-244, mar.-abr. 1990.
- Reyes, Hilda & col. "Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención". *Salud Pública de México*. México, D.F. 32(2): 232-242, mar.-abr. 1990.
- Reerink, Evert. "Garantía de calidad de la atención a la salud en los Países Bajos". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):118-130, mar.-abr. 1990.
- Ruelas, Enrique & col. "Círculos de calidad como estrategia de un programa de control de calidad

- de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):207-220, mar.-abr. 1990.
- Ruelas, Enrique. "Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):108-109, mar.-abr. 1990.
- Ruelas, Enrique & Pineda, Luis. "Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):225-231, mar.-abr. 1990.
- Ruiz de Chávez, Manuel & col. "Bases para la evaluación de la calidad de atención en las unidades médicas del sector salud". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):156-169, mar.-abr. 1990.
- Schlaepfer, Loraine & Infante, Claudia. "La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas". *Salud Pública de México*. México D.F. 32(2):141-155, mar.-abr. 1990.
- Talero, Ricardo. El control total de la calidad: principales enfoques. Salud y Gerencia. *Boletín de desarrollo de sistemas de salud*. Universidad Javeriana. Bogotá. (9):3, en.-abr. 1992 ◇

La privatización como alternativa en la prestación de servicios de salud

Marjorie Smith Venegas*

LA AUTORA REFLEXIONA SOBRE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE PRIVATIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS, Y PRESENTA LAS CONSIDERACIONES ELEMENTALES A TOMAR EN CUENTA EN UN PROCESO SEMEJANTE.

Introducción

La idea de privatizar se ha ido extendiendo en el país, como una alternativa para el logro de acciones más efectivas y de menor costo en la prestación de los servicios. Ante esto se considera oportuno hacer una revisión de los términos en que puede ser interpretado el concepto de privatización, exponer algunas de las ventajas y desventajas que se derivan de su aplicación en los diferentes espacios del sector público, haciendo especial mención a los efectos que se pueden visualizar en el sector salud.

Desde un punto de partida, se reconoce que el asiento ideológico de los programas privatizadores, se ubican en un pensamiento neoliberal, que permite identificar los conceptos de reducción del proteccionismo esta-

tal, aumento de la competitividad, disminución de la burocracia en los trámites, apertura a una economía de mercado, entre otros, pero sobre todo está dirigido a proponer una minimización de la participación del Estado en la producción de bienes y servicios para la población.

El presente artículo pretende exponer algunas ideas sobre lo que se entiende por privatización, para finalizar introduciendo el tema de cómo opera este proceso en el sector salud y más específicamente en Costa Rica.

Conceptualización

La acepción más difundida y amplia de privatización, es la que dice de la transferencia de funciones y actividades del sector gubernamental a otras formas del sector privado, ya sea organizaciones o prestatarios in-

* Licenciada especialista en Trabajo Social Siquiátrico Neoliberal. Máster en Administración de Cooperativas. Supervisora Regional de Trabajo Social C.C.S.S. Docente de la U.C.R.

dividuales, con o sin fines de lucro, que por sus características están fuera del control del Estado.

En un sentido más específico, pueden evidenciarse diferencias de identificación del concepto, que van desde promover una transferencia total o parcial de la propiedad o de los derechos del Estado hacia figuras organizativas de corte privado, hasta los esfuerzos que puede hacer un país en la búsqueda de soluciones para ofrecer una simplificación de los incentivos a la eficiencia, que normalmente se dan dentro de las organizaciones públicas, ofreciéndoles la posibilidad de abrirse a los incentivos de un mercado privado.

Esto supone, efectivamente, la intencionalidad clara de desplazar algunas funciones públicas hacia manos privadas por medio de la venta o de la transferencia administrativa, intentando un rediseño del gasto en el sector público en la producción de bienes y servicios.

La privatización, no es sólo la venta o la transferencia de la propiedad, puede ser también una nueva forma en que las unidades productivas sean administradas y el modo en que se relacionen con el Gobierno Central. Pero es, ante todo, una estrategia para reducir la demanda de servicios dirigidas a los Estados, que mantienen políticas subvencionarias y centralistas, y que por lo tanto pueden encontrarse en condiciones de financiamiento inestable que afectarán en varios aspectos el desarrollo de los

países así como la equidad. Por otra parte, un proceso de privatización intenta fortalecer a grupos que están en capacidad de vender algún servicio, para que participen activamente en la producción global del país, aumentando la productividad y el ahorro en los costos al disminuir la burocracia que se presenta entre los proveedores y los usuarios. Estos grupos pueden ser los mismos empleados de las instituciones, que estén dispuestos a conformar una figura organizativa y contraten para suministrar esos servicios, hay "...gerentes frustrados por restricciones burocráticas (que) desean formar una empresa para hacer el mismo trabajo de manera más eficaz".¹

A pesar de que el tema de la privatización, genera en la actualidad grandes controversias acerca de cuales funciones son inherentes al Estado, y sobre los resultados negativos que puedan evidenciarse, sobre todo en el aspecto social; desde hace más de una década, el discurso predominante en América Latina ha girado sobre la necesidad de racionalizar el Sector Público como una forma de elevar la capacidad de respuesta de Estado, a las demandas de la sociedad. Pero las limitaciones legales y administrativas han ejercido su contrapeso en contra de dicho proceso.

Las controversias más frecuentes, involucran los siguientes aspectos:

- Las políticas de empleo.
- El costo de los servicios para el usuario.
- La disminución del interés en el desarrollo social.

1. Poole, Robert. *Los obstáculos políticos a la privatización*. Mimeo, INCAE. Alajuela, Costa Rica 1991. página 42.

- El incremento económico temporal o falácico.
- La ampliación de las diferencias entre pobres y ricos representada en el empobrecimiento de los servicios otorgados con dependencia al monto de pago y en el aprovechamiento de unos pocos de los beneficios del colectivo.²

Cada uno de ellos presenta sus ventajas y sus desventajas.

Cuando se habla de privatizar un servicio, inmediatamente se piensa que la crítica a la burocracia está directamente ligada a los recursos humanos empleados en la función pública, y que en consecuencia una de las primeras fases del proyecto será la de definir una política de despidos. Sin embargo, esto puede resultar en relación inversa, ya que si se junta con la agilidad de contratación y compra de la cual goza el libre mercado, se puede decir que la racionalización del recurso humano descansa en varios pilares, como son el buscar una mayor eficiencia de los mismos a través de incentivos positivos y negativos, el incremento de la tecnología para la dotación de los servicios que en alguna forma genera más empleos y finalmente la posibilidad de reabsorber el recurso humano en nuevas figuras ejecutorias que surjan de las necesidades de la misma venta de servicios.

Existe la idea de que los servicios dotados por medio de la empresa privada resultan a costos económicos más altos para los usuarios. Esto

podría ser real; si se piensa en una relación de compra-venta individual, es posible que el hecho de no ser subsidiados por el Estado, aumente en un primer momento, pero podría esperarse que la competencia que pueda establecerse con la posibilidad de elección del usuario y en el establecimiento de precios que puedan participar en el mercado busque un equilibrio entre el costo real y el beneficio de un servicio oportuno y efectivo. Es decir que puede ser que un aumento de la capacidad de producción en un medio competitivo, produzca más bien una disminución en el precio de los productos.

Es posible que una empresa privada que presuma o esté ante un hecho de pérdida de rentabilidad, decida cerrar sus puertas, lo que dejaría a una población sin un servicio, en algunos casos vital. Esto, por una parte no es privativo del sector privado, en algunos países, la empresa pública se ha visto en la imperiosa necesidad de reducir sus prestaciones, al enfrentarse a grandes dificultades de financiamiento. Lógicamente, que por sus características, no hace un cierre efectivo, pero el servicio prestado puede llegar a hacerse tan malo, que promueve el desplazamiento de los usuarios hacia mejores respuestas, ya sean públicas o privadas.

Por otra parte, tampoco es privativo de la empresa privada la eficiencia en la prestación de sus servicios, pero si es privativa la posibilidad de tomar decisiones en forma más ágil y oportuna que la empresa pública, lo que puede favorecer la estabilidad y rapidez de sus respuestas.

2. Pirie, Dr. Madsen. *Privatization: the facts and the fallacies*. Washington, U.S.A. The Fund for an American Renaissance. s.f.

Efectivamente, las desventajas del libre mercado, se relacionan directamente con el cuestionamiento de la tendencia a la inequidad en lo referente a cobertura y accesibilidad. De tal forma se puede pensar que un prestador privado, no está especialmente interesado en extender el servicio a zonas remotas y a poblaciones marginales por la dudosa rentabilidad que esto presente, provocando una consecuente inestabilidad social y ausencia de solidaridad; sin embargo, la presencia de un Estado fortalecido, que dedique sus esfuerzos a ejercer un control y evaluación de la prestación del servicio contratado, podrían minimizar esas desventajas.

Finalmente, se puede decir que la privatización, forzosamente impulsa una serie de transformaciones en la organización administrativa desde un punto de vista estratégico e instrumental, por lo que se requiere una modalidad que permita partir de las necesidades del usuario, que incorpore la eficiencia y maximice el beneficio garantizando los principios de universalidad, solidaridad y equidad, además de permitir una evaluación y control de la calidad y efectividad de los servicios prestados.

Desde un punto de vista estratégico, se debe ver que las transformaciones enmarcan en la redefinición de:

- El rol del Estado
- La economía del sector público
- Las política de democratización económica, geográfica y administrativa.

Esta redefinición estratégica, debe hacerse acompañar de la creación de

instrumentos, que faciliten la realización de esfuerzos para lograr una mayor flexibilidad en la descentralización de los servicios, un aumento cualitativo en la participación y una minimización de la descordinación y la duplicidad que ha venido caracterizando la administración pública.

Diferentes modalidades

La privatización, como ya se dijo, no es solamente transferir o vender las empresas de propiedad pública, es también buscar la forma de agilizar respuestas a las necesidades de la población. Esto permite incursionar en la posibilidad de privatizar a través de diferentes modelos y a diferentes niveles.

Por ejemplo los modelos cooperativos, podrían ser una posibilidad intermedia entre el sector público y el eminentemente privado, pues en este caso la propiedad y la responsabilidad de la empresa es compartida democráticamente entre sus trabajadores asociados, y el excedente en dinero (dividendos en la empresa privada capitalista) es repartido según decisión de la asamblea, donde cada miembro representa un voto.

Hay áreas dentro del sector público, que son más factibles de pasar a una empresa privada, éstas pueden asumir la forma de venta o transferencia, y otras en las que puede funcionar mejor una relación público-privada con la cual se puede aumentar la eficiencia y la responsabilidad, a un

costo menor o igual a partir de cesión o contratación de servicios. Para estos casos puede pensarse en la transferencia de costos a los usuarios por medio de diferentes formas de copago con dos propósitos fundamentales, el primero establecer un incentivo que facilite la discriminación para el mejor uso de los servicios, y el otro, para recuperar parte del costo de las prestaciones más onerosas, lo que podría convertirse en una ampliación de la tecnología y en una mejor oferta de los servicios. Este podría ser el caso particular de los programas de seguridad social y salud, por ejemplo, en las cuales la participación del Estado, se ha considerado como una forma de garantizar la equidad en la prestación de los servicios y el financiamiento solidario, sin embargo, en medio de una crisis económica, puede tener el efecto contrario de un desfinanciamiento progresivo que deteriora la calidad y oportunidad de los servicios.

Esto significa, que cada caso debe estudiarse en si mismo y en su contexto mediato e inmediato, para poner un equilibrio entre los beneficios económicos y sociales que se esperan al compartir algunas áreas, hasta ahora responsabilidad del sector público, con algunas iniciativas privadas, que pueden contribuir al desarrollo integral y a corregir las deficiencias con que se ha enfrentado la gestión pública.

En síntesis, se desprende de la literatura revisada, que los procesos de privatización, se fundamentan en dos tipos de argumentos: uno de orden económico y otro de orden administrativo.

Esta forma de verlo, permite inferir tres enfoques para la comprensión del tema. En general, todos se basan en la concepción de la necesidad de imponer cambios en relación a formas de financiamiento y de prestación de los servicios.

Un primer enfoque se puede considerar centralizado en el impulso económico como única expresión de desarrollo de los pueblos, en donde privatizar, es un fin en si mismo con el que se pretende eliminar la incapacidad administrativa del Estado, colocando la sociedad civil por encima del mismo, en forma de empresas privadas, las cuales por un lado tienen una mayor rentabilidad, y por otro liberan una gran carga económica, sin importar si puede no producir aumento de problemas de orden social.

Considera que poniendo a competir a los prestatarios de servicios en un mercado libre, se mejorará la eficiencia del sistema y que por medio de una redefinición de las acciones inherentes a los sectores público y privado se puede aumentar la eficacia y eficiencia en los sistemas. Esto significaría, que el sector público, debe hacerse cargo de todos los programas de orden social que por sus características, invierten mayoritariamente en capital humano y son aprovechados con más intensidad por los sectores de población más desposeídos. Y por el contrario, el sector privado tendría en sus manos todo el desarrollo de la economía, al hacerse cargo de las actividades más rentables.

Sobra decir que la medida del desarrollo se da en términos

específicamente de crecimiento económico.

Los otros dos enfoques comparten la concepción de que es indispensable tomar en cuenta las características políticas, sociales y económicas del contexto y de los sectores que pueden ser sujetos de privatización. Esto significa que el hecho no está en solamente privatizar servicios, ni en suponer que la empresa privada en sí misma es capaz de resolver todos los problemas derivados de una inadecuada administración o de un exceso de burocracia. El hecho está en tener la habilidad política para descubrir, la forma más indicada de una apertura de mercado, la existencia de áreas de competencia y competitividad y en poder definir cuáles servicios vitales para el pueblo deben guardarse como públicos y a cuáles ofrecerle un nivel de privatización manteniendo ciertos controles por parte del Estado.

El segundo enfoque vincula la privatización con los aspectos políticos y sociales que se dan en una sociedad determinada, de allí que la toma de decisión está ligada a la forma que asuma el Estado. Es decir que las posibilidades de surgimiento y modalidades de expresión en la mezcla público-privado, deben tener condiciones aceptables dentro del desarrollo histórico cultural de los pueblos. El fin de este enfoque está dirigido a la búsqueda de un desarrollo más integral de la sociedad.

Esta forma de pensamiento básicamente argumenta que los procesos de privatización, en general no se pueden analizar únicamente como si fueran la respuesta a las crisis

fiscales de cada país, o a la necesidad de producir una disminución en la deuda externa. Es más bien, una forma de limitar las acciones del sector público, considerado ineficiente e improductivo, en las áreas rentables económicamente, además de vincular los programas sociales con las necesidades de los mercados laborales locales.

El tercer enfoque, dirige el esfuerzo a analizar los problemas metodológicos que genera la puesta en marcha de un proceso de privatización. Intenta establecer una diferencia (de grado) entre lo que significa el aumento en la participación del sector privado en las esferas públicas; y las acciones privatizadoras de corte radical que pretenden consolidar una invasión de lo privado en lo público, en donde todos los medios de producción y las relaciones administrativas, pasan a manos de un ente privado, aunque no necesariamente sea nacional, produciendo consecuencias no deseables en el proceso de desarrollo del país.

Este punto de vista es importante, en la medida que favorece un sistema de transacciones para llegar a convenios, en los que se establezcan las condiciones de traslado de lo público a lo privado, así como las relaciones que deben ser respetadas entre ambos sectores.

Desarrollo del proyecto de privatización

El impulso que han recibido las tendencias privatizadoras en la región

de América Latina y el Caribe, y en consecuencia Costa Rica, obedecen a la necesidad de adoptar nuevos modelos para el desarrollo económico y social, más acorde con los cambios político-económicos que se producen en el ámbito internacional. Es necesario señalar, que los proyectos de privatización que han tenido el mayor éxito en el mundo, han estado mediatizados por una coyuntura particular. Es decir que han encontrado una combinación de condiciones de producción, como por ejemplo un sector privado muy fuerte con mercados de capital bien desarrollados, con una clara dosis de control político que permite autonomía y flexibilidad para el establecimiento de políticas de precios, de administración del recurso humano, participación en inversiones.

Desde esta perspectiva, se puede notar las dificultades que presentan los países latinoamericanos, para implementar las políticas de privatización. La presencia de un Estado benefactor, ha minimizado la posibilidad de que se den las condiciones señaladas anteriormente, lo que provoca que en el lugar de fortalecerse el sector privado nacional, se trasladen los capitales de los países a compañías transnacionales. En estas condiciones no puede asegurarse la eficiencia como inherente al sector privado, pues en las condiciones internas y externas de Costa Rica, un importante segmento de prestatarios privados pueden presentar también signos de ineficiencia.

En Europa, la líder del proceso, ha sido Gran Bretaña.³ La experiencia

británica, la cual ha sido ampliamente emulada, fue iniciada basándose en las dificultades en la ejecución de las tareas por parte del sector público, además de que se consideraba como un sector muy caro, con exceso de trámites e ineficiente. Por otra parte, los impuestos que provenían del sector privado se utilizaban para obtener los bienes y servicios proveídos, por el sector público con lo que favorecía el crecimiento del mismo. Después de varios intentos de controlar los costos estatales por medio de diferentes campañas y estrategias económicas, se descubrió que solamente transfiriendo las funciones a alternativas privadas, se lograría un cambio real en los costos y los beneficios.

No es sorprendente que el mundo haya seguido este principio, y aquí y allá se estén ensayando diferentes formas de ejecutar la transferencia mencionada, según las condiciones culturales e históricas de cada país.

Privatización en salud

La privatización del sector salud es un tema muy presente en la actualidad. El temor a perder los beneficios que ha representado un servicio de salud dotado por el Estado, sobre todo para los sectores menos privilegiados de la sociedad, da origen a argumentos de defensa a la mantención del *statu quo*.

Los análisis sobre el tema son escasos. Primero porque estos procesos pueden conducir a un reforzamiento de

3. *Op. Cit.* Pirie, Dr. M. página 4.
julio-diciembre/1993

la inequidad, si no son bien controlados, y provocar problemas de orden político y social por lo que el tema no encuentra suficientes espacios de discusión; y segundo porque no hay muchas experiencias en el campo, concretamente se puede hablar solamente de Chile y Argentina. Ambos países iniciando sus procesos en el marco de condiciones políticas muy diferentes.⁴

Por otra parte, es evidente que América Latina, en general, y Costa Rica, en particular, deben encontrar respuestas a las necesidades, cada vez más presentes, de las poblaciones; y lo es también la dificultad de lograrlo con los mismos modelos hasta ahora utilizados. Según las proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud de no cambiar el modelo de atención para cubrir las necesidades de la población hacia el año 2000, se requerirá de la creación de una infraestructura de servicios que duplique la existente, lo que desde ya parece una meta inaccesible.⁵

En la década de los ochentas la mayoría de los países han enfrentado crisis económicas que ha desembocado en un deterioro general de los

servicios, de la infraestructura y de la renovación del cuadro de recursos humanos. Algunos de los indicadores han sido:

1. Disminución del porcentaje del gasto público correspondiente al sector salud.
2. Ausencia de una modalidad sistemática que tienda a racionalizar los gastos en programas y actividades en búsqueda de soluciones al segmento de población más afectado.
3. Reducción real de los salarios.
4. Cambios en las causas de morbilidad y mortalidad.

Es evidente que deben producirse soluciones, no obstante, la conducción de un proceso privatizador en salud, debe inscribirse en un proceso más amplio de cambios estructurales que permita ofrecer un incremento real de la población cubierta, tanto en cantidad como en calidad, un esfuerzo continuado para detener o evitar el deterioro de las instalaciones y una evaluación que permita ejecutar correcciones e implementar innovaciones tecnológicas y sociales.

Privatización en Costa Rica

En el marco de la discusión sobre privatización en el país, que no ha escapado a las características expresadas teóricamente, la posibilidad de que el sector salud piense establecer una opción privada para

4. a. Torres, Cristina. *Procesos de Privatización en América Latina*. Congreso de Medicina Social (ALAMES) Caracas, Venezuela. Mimiografiado. 1991.

b. Centro de Estudios para la Acción Social. *Nuevas tendencias en las políticas de salud: la privatización de los servicios*. Panorama Cultural. 6:1 - 13, Costa Rica 1990.

5. OPS. *Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud. Una propuesta de estrategia regional y un marco de referencia para la formulación de planes nacionales de inversiones en América Latina y el Caribe*. II Cumbre Iberoamericana. Madrid, 1992.

ofrecer los servicios de salud, genera una polémica sobre todo tendente a establecer la defensa de los valores de equidad, solidaridad y universalidad que han caracterizado la dotación de estos servicios en la historia costarricense, como también responder positivamente a la mantención o aumento de los índices de cobertura, calidad y oportunidad de los servicios así como los indicadores de salud.

Una de las premisas que se maneja en este caso es "...la creciente mala calidad de la consulta externa de la Caja y en particular el trato del funcionario —administrativo o médico— con el asegurado".⁶ La otra podría ser que el gigantismo y centralización de los procesos administrativos ha generado importantes disfunciones en el desempeño de las labores y la dotación de los servicios.

En todo caso sería necesario ajustar que el asunto de la salud, no es exclusivo de la Caja, hay todo un sector que participa sobre la forma de ofrecer y administrar esos servicios.

Aquí es importante señalar:

"El modelo que llevó al Sector Salud de Costa Rica a la posición de privilegio ... es el resultado de un claro compromiso de la clase dirigente y la ciudadanía, de una política sectorial persistente ins-

pirada en los principios de universalización y de equidad, de un exitoso esquema de financiación y de una fórmula institucional de prestación de servicios, que ha mostrado su eficacia".⁷

Los conceptos expuestos anteriormente, obligan a la búsqueda de una estrategia integral con opciones que permitan utilizar la coyuntura actual para obtener una respuesta más eficiente y humanitaria que incentive positivamente al prestatario de los servicios y se traduzca en una mayor cobertura real de servicios y poblaciones.

Está probado que las campañas de sensibilización, el sistema de incentivos y los modelos administrativos actuales, no han sido suficientes para modificar las grandes colas en las consultas externas, los tiempos de espera para la atención ni la eficiencia esperada en relación directa a los costos de operación.

Si bien es cierto el sistema de financiamiento del Seguro Social incluye el pago del usuario a través de la cuota deducida, también lo es, que esa fuente de recursos no aumenta en proporción directa con las demandas de los servicios, lo que contribuye a que la prestación se torne ineficiente y provoque las ya mencionadas reacciones de parte de los actores principales.

De seguir la misma tendencia en el financiamiento del sector, el sistema no podrá soportar y la progresiva disminución de presupuesto y de posibilidades de desarrollo, lo que puede desembocar en el fenómeno de "muerte lenta"⁸, lo que inevitablemente

6. Editorial de la República, 31 de agosto de 1989.

7. Vallejo, César y Roberto F. Lunes. El Sector Salud en Costa Rica. Financiación y Eficiencia. San José, noviembre 1991, página 3.

8. Fenómeno que se presenta cuando las modalidades de privatización se dan de una manera informal, sin planificación ni control, produciendo un efecto de deterioro creciente que termina, a corto o largo plazo por quebrar la empresa.

afectaría con mayor fuerza a los sectores menos privilegiados.

La privatización del sector, es un tema candente, cuyas discusiones se centran en buscar un equilibrio en la definición de cuáles funciones son propias del Estado, y cuáles serían factibles o adecuadas de ser transferidas al sector privado.

Sin embargo la búsqueda de una respuesta eficaz es lenta, y se pierde en el bosque de las malas interpretaciones y la falta de información, produciendo una negación a los posibles beneficios que aportaría un cambio en el sistema de administración, sin embargo "... es también un avance hacia la privatización el hecho de incorporar incentivos propios del sector privado al interior del sector público, con el fin de lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos".⁹

Contribuir a ampliar la información permite evaluar mejor el fenómeno, o por lo menos identificar otras formas de visualizarlo. La participación del sector privado en salud representa una parte importante del gasto total y en los últimos años, mantener la situación como en la actualidad, parece no ser una alternativa viable. Aún cuando son reconocidos los beneficios del modelo en el pasado, la actualidad demuestra que no está siendo solución, ya que los sectores más pobres no tienen acceso oportuno y

eficaz a los servicios y los sectores privilegiados económicamente, están utilizando alternativas de tipo privado.¹⁰

Por extensión, un proceso de privatización puede introducir una mecánica reguladora entre la oferta y la demanda estableciendo una nueva relación público-privada. Por otra parte, en lo que respecta a salud, estos procesos tienen un perfil diferente a los de otras empresas públicas. Sus características de programa social hacen que el esfuerzo no se coloque en la venta de las propiedades del Estado sino más bien en una regularización de la competencia y en la racionalización de los recursos humanos y financieros en busca de una mayor calidad y eficiencia de los servicios tanto públicos como privados. Teniendo claro, que la contribución de la empresa privada a la solución de los problemas nacionales, dependerá en gran parte de la supervivencia del sistema democrático y de la libre iniciativa.

La empresa privada y el Estado se necesitan y requieren trabajar coordinadamente por el bienestar del país, por eso no puede pensarse en que los procesos de privatización sean homogéneos, ellos deben presentar las peculiaridades de los actores involucrados y establecer una combinación de variables, que solamente surgirán del análisis exhaustivo de las realidades locales. La correlación de fuerzas de cada país, imprime las condiciones que presentarán las modalidades diseñadas y proyectan el impacto diferencial en cada grupo de actores participantes.

9. Larroulet, Cristian. *Soluciones privadas a problemas públicos*. Instituto Libertad y Desarrollo. Editorial Trineo, Santiago de Chile, noviembre 1991. Página 53.

10. Encuesta de Hogares. Ministerio de Trabajo.

Bibliografía

- Bustamante, Rodrigo y otros (editores). *Nuevas modalidades de atención ambulatoria urbana en Costa Rica*. Memoria del taller sobre nuevas modalidades de atención en salud.
- OPS/OMS Serie: Desarrollo de Servicios de Salud. San José, Costa Rica 1992.
- Centro de Estudios para la Acción Social. *Nuevas tendencias en las políticas de salud: La privatización de los servicios*. *Panorama Cultural*. 6: 1 - 13 Costa Rica 1990.
- Fernández Villa, M^a Isabel y otros. *Balance Social*. 2da. edición. *Asociación Gráfica Educativa*. Lima, Perú 1991.
- Janssen, Richard and Jan Van der Made. *Privatisation in health care: concepts, motives and policies*. Department of health economics of Limburg, Maastricht, The Netherlands. 1990.
- Larroulet, Cristian (editor). *Soluciones Privadas a problemas públicos*. Instituto Libertad y Desarrollo. *Editorial Trineo*, Santiago de Chile, 1991.
- OPS. *Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud. Una propuesta de estrategia regional y un marco de referencia para la formulación de planes nacionales de inversiones en América Latina y el Caribe*. II Cumbre Iberoamericana. Madrid 1992
- Pirie, Dr. Madsen. *Privatisation: The facts and the fallacies*. *The Fund for an American Renaissance*. Washington, USA s.f.
- Poole, Robert. *Los obstáculos políticos a la privatización*. De privatización y desarrollo por Steve H. Hanke. *Editorial Trillas*, México, 1989, capítulo 5, pp 41-52. Mimeo, INCAE. Alajuela. Costa Rica 1991.
- Tanoira, Manuel. *La Privatización como política*. De privatización y desarrollo por Steve H. Hanke. *Editorial Trillas*, México, 1989, capítulo 7, pp 58-68. Mimeo, Incae. Alajuela. Costa Rica 1991.
- Torres, Cristina. *Procesos de privatización en América Latina*. Congreso de Medicina Social (ALAMES) Caracas, Venezuela. mimeografiado. 1991.
- Whitehead, Margaret. *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. OPS/OMS. Washington, USA 1919

◇

Diseños evaluativos para proyectos de desarrollo con énfasis en lo social

Xinia Picado Gattgens*

EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACION SON TAREAS NECESARIAS PARA ASEGURAR EL EXITO DE LOS PROYECTOS. LA PREOCUPACION DE ALGUNOS ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES POR REDUCIR LA POBREZA EN LOS PAISES EN DESARROLLO, APUNTA A LA NECESIDAD DE IDENTIFICAR CUALES SON LAS CONDICIONES QUE SE REQUIEREN PARA EL FUNCIONAMIENTO BASICO DE LOS SISTEMAS DE EVALUACION DE ESTOS PROYECTOS. EN LA PRIMERA PARTE DE ESTE TRABAJO SE EXAMINAN ALGUNAS DE ESTAS CONDICIONES, PARA POSTERIORMENTE BRINDAR IDEAS SOBRE OTROS PROYECTOS QUE PODRIAN INCORPORARSE A LAS TAREAS DE EVALUACION.

Condiciones previas para la aplicación de sistemas de seguimiento y evaluación

Identificar las racionalidades que afectan la ejecución del proyecto

El ambiente complejo en que operan los proyectos de desarrollo,

* Profesora de la Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica. Consultora en el Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad de Costa Rica. Coordinadora de la Maestría en Evaluación de Programas y Proyectos Sociales, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.

La racionalidad es el resultado de una conjugación dinámica de los objetivos formales y de los intereses que finalmente prevalecen en la ejecución del programa o proyecto. En algunos casos esta situación se evidencia en la brecha o distancia que se presenta entre el enunciado formal del programa o proyecto y lo que se ejecuta en la realidad. Corresponde entonces al evaluador analizar ese juego de intereses y sopesar la viabilidad del proyecto.

obliga a tener en cuenta los dilemas y contradicciones que se presentan a la hora de ponerlos en marcha. Desde esta perspectiva es necesario que en la tarea de evaluar, no se ignore esta complejidad y por el contrario, se analice la trama de intereses que pueden condicionar la ejecución de un proyecto.

El control y la evaluación eficaz están condicionados en alguna medida, por la distancia entre los objetivos formales y los intereses en juego, tanto políticos, administrativos y de otra índole.

El contexto dinámico en que operan los proyectos de desarrollo conlleva a la necesidad de tener en cuenta las distintas racionalidades que afectan su ejecución. Se entiende por racionalidad la manera en que una institución u organización concibe y operacionaliza la puesta en marcha de su programa o proyecto¹. Por men-

cionar algunas: la racionalidad político-gubernamental del país sede del proyecto, la racionalidad de las instituciones cooperantes, la de la unidad ejecutora del proyecto, la proveniente de las organizaciones comunales beneficiarias y la propia de los funcionarios en su gestión de apoyo.

Si bien podría considerarse que el análisis de estas racionalidades es un ejercicio que se obvia en la fase de planificación y formulación, es una tarea que debe incorporarse también al proceso evaluativo, porque es en la operacionalización del proyecto cuando la dinámica social adquiere relevancia. En este ejercicio analítico es importante considerar las distintas perspectivas y el peso relativo que cada organización tiene en su ejecución.

Con este panorama, la tarea de evaluación cuenta con un marco referencial que le permite diseñar y adaptar un modelo metodológico adecuado al contexto y a la especificidad del proyecto.

Negociación para el consenso

Al conocer mediante el marco referencial las distintas racionalidades que afectan la ejecución del proyecto, será posible tanto en la fase de evaluación ex-ante como en la de ejecución, identificar si existe un consenso mínimo entre las distintas organizaciones que intervienen en el proyecto.

En este confluir de racionalidades, la organización ejecutora tiene el reto de poner en marcha un sistema evaluativo que asegure la consecución

de su mandato y contribuya a reducir la incertidumbre que afecta el éxito de los proyectos.

En este documento también se señalan los aspectos básicos de control en los que debe existir consenso mínimo.

Voluntad política

En muchos casos, la voluntad política es un factor determinante en el éxito de los proyectos. En este sentido se deberán procurar condiciones para que la voluntad política apoye el seguimiento y la evaluación de manera efectiva.

Evaluación apoyada por autoridad

Las funciones de evaluación encontrarán un marco de validez en el tanto estén sustentadas en niveles de autoridad que las apoyen y faciliten la aplicación de decisiones correctivas.

Validez de la información

Aún cuando los sistemas de información sean confiables y oportunos, no necesariamente esto garantiza que la información sea incorporada a la toma de decisiones relevantes, ya que en ello inciden también, los intereses en juego y la voluntad política. Se deberán establecer entonces las condiciones necesarias para que no se la ignore o subutilice.

Equipos de trabajo idóneos

En algunos casos, la estructura operativa que se pone en marcha genera una dosis alta de delegación de responsabilidades, tanto a los organismos cooperantes como a las unidades ejecutoras de proyectos (UEP).

En tal sentido, al considerar e inventariar los requerimientos legales, administrativos y operativos para crear una UEP, estos deben visualizarse no solamente en relación a las características propias del país y la región en que vayan a operar, sino también a la necesidad de que se defina el perfil profesional y operativo que deben tener esas UEP. Es en este plano operativo, en que debe especificarse el papel de esas entidades en las tareas de seguimiento y evaluación.

Si bien es recomendable que las evaluaciones sean realizadas por equipos externos, el personal de las UEP deberá contar con la capacitación necesaria para efectuar el seguimiento del proyecto y su evaluación periódica.

Sugerencias para el establecimiento de lineamientos metodológicos en evaluación

Sistemas de control

En condiciones de incertidumbre el establecimiento de algunos componentes de control contribuye a

facilitar las tareas de seguimiento y evaluación.

Objeto de control

Las distintas organizaciones que participan en los proyectos deben definir claramente cuál es el objeto de control sobre el que deben centrarse las funciones de seguimiento y evaluación.

Este objeto de control podrá descomponerse en distintas variables, por ejemplo:

- productividad agrícola
- participación comunal
- comportamiento financiero

Estas variables deberán traducirse en indicadores tanto cuantitativos, como cualitativos que faciliten la comparación y permitan medir el grado de avance.

Es conveniente establecer un número manejable de variables priorizando las más importantes. En este paso debe privar un criterio realista.

Información

Uno de los aspectos a tomar en consideración, es que además de que la información sea clara y oportuna, debe ser adaptada a las necesidades de los usuarios. En el caso de los proyectos, los sistemas de información deben ser diseñados de tal manera, que se incorporen los intereses de los

usuarios y la información se distribuya en forma discriminada para evitar la subutilización y los sistemas paralelos de información. Al distribuirse discriminadamente la información, se brinda a quien la necesita en el lenguaje adecuado a su comprensión.

Hipótesis

El equipo de trabajo deberá destacar y analizar aquellos factores que se considere van a afectar negativa o positivamente la ejecución. Este ejercicio favorece que se anticipen aspectos que requieren vigilancia para el éxito del proyecto.

Asignación de responsabilidades para la toma de decisiones correctivas

Debe definirse claramente quién será responsable de aplicar cuál decisión correctiva en relación a los diferentes campos. En este punto el proceso de evaluación deberá estar acompañado de la autoridad necesaria para que las correcciones se realicen oportunamente.

La información deberá ser sometida a un proceso continuo de actualización. La elaboración de una base de datos que incorpore información sobre el control y sobre aspectos claves del contexto en que se

desenvuelve el proyecto, facilita la tarea de evaluación.

Lógicamente, este componente metodológico requiere el recurso computacional, pero alternativamente pueden diseñarse Tablas de Control que incorporen sus principales componentes y puedan emplearse manualmente.

En los anexos se incluyen algunas tablas a manera de ilustración.

La búsqueda de un enfoque integral evaluativo

El enfoque metodológico CIPP (Contexto, Insumo, Proceso, Producto) de Stufflebeam y Shinkfield² tiene la ventaja de ser un enfoque integral que puede ser adaptado a la evaluación de los proyectos de desarrollo.

La evaluación del contexto contribuye a identificar la población meta y las necesidades políticas, económicas, sociales y de otro tipo que deben ser atendidas, facilitando el planeamiento del proyecto.

La evaluación de los insumos facilita la toma de decisiones al determinar los recursos disponibles y los costos en los que se puede incurrir.

La evaluación de proceso analiza la ejecución del proyecto, los obstáculos que se presentan y los procedimientos que deben mejorarse.

La evaluación del producto permite identificar los resultados del proyecto en términos de los beneficios alcanzados por o para la población objetivo.

Al comparar la aplicación de las distintas matrices evaluativas, se

2. Stufflebeam, D.L. "The CIPP model for Program Evaluation" en Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. Kluwer-Nijhoff. Boston, 1983.

derivan lecciones que enriquecen la práctica evaluativa y permiten aplicar esta experiencia a otros proyectos.

A partir de este enfoque se pueden derivar diseños metodológicos que pueden ser aplicados a los proyectos y servir de base para el enfoque integral que se busca desarrollar. En la Tabla No.3 de los anexos se caracteriza este enfoque.

Algunas ideas en relación a la efectividad y el impacto

En base al enfoque anterior pueden elaborarse diseños de evaluación que contribuyan a identificar la eficiencia, la efectividad y el impacto de los proyectos.

En los cuadros 1 y 2 se destacan algunos aspectos que pueden ser incorporados en el examen de esas variables.

Se entiende por eficiencia, la administración óptima de un proyecto en situación de escasez y el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los términos acordados. En el caso de los proyectos de desarrollo, estos términos deberán ser producto del consenso mínimo establecido entre las instituciones cooperantes, las unidades ejecutoras del proyecto y las organizaciones campesinas.

La efectividad puede ser examinada en dos niveles, en primer lugar destacando la correspondencia entre las prioridades del organismo cooperante y los proyectos financiados, y en segundo lugar, analizando la co-

respondencia entre esos proyectos y las prioridades del país sede. El impacto puede examinarse en términos de los beneficios de distinta índole generados para la población meta.

Conclusiones

En los proyectos de desarrollo los sistemas de control y evaluación constituyen un factor clave. Sin embargo, no necesariamente se sopesan siempre las distintas racionalidades e intereses que intervienen en la ejecución del proyecto. El obviar estos aspectos complejos, puede conducir al fracaso, del proyecto, a su estancamiento o inercia.

La incorporación de estos aspectos al diseño de los sistemas de evaluación con el apoyo de los niveles gerenciales contribuirá al éxito del proyecto.

Bibliografía

- Crowther W., Picado X. "El control en el Sector Público". *Revista Centroamericana de Administración Pública* No.6 ICAP. 1984.
- Ozslak O., O'Donnell, J. "Estado y Políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación". *Documento CEDES-CLACSO*. No.4 Buenos Aires, 1976.
- Picado Xinia. "La evaluación de programas sociales". San José, Costa Rica. EUNED, 1991.

Picado, Xinia. "Local Politics, Program Implementation, and Program Evaluation". R.F. Conner and M. Hendricks (Eds) and Program International Innovations in Evaluation Methodology. *New Directions for Program Evaluation No.42*, San Francisco: Jossey Bass, 1989.

Stufbeam, D.L. "The CIPP model for program Evaluation". En Evaluation Models. *Viewpoints on Edu-*

cational and Human Services Evaluation. Kluwer-Nijhoff Boston, 1983.

Weiss, C.H. "Evaluation Research: Methods of assessing program effectiveness". *Prentice-Hall*. N.J. 1972.

Worthen B. y Sanders J. "Educational Evaluation". *Longman*. New York, 1988

◇

Anexo No.1

Interrogantes para la evaluación de proyectos, variable: efectividad

Interrogante general: ¿los proyectos responden a las necesidades de los beneficiarios y a las demandas del país?

1. Pertinencia en relación al programa regional o plan de desarrollo del país beneficiario.
2. ¿Es un proyecto aislado o se complementa con otros programas de acción integral en el país?
3. ¿A qué objetivo nacional contribuye el proyecto?
4. ¿Hubo participación del gobierno/grupos beneficiarios en cuanto a sus necesidades y prioridades para la definición de cada etapa del proceso de planificación y ejecución del proyecto?
5. ¿Se efectuó un análisis cuidadoso de las necesidades a las que debe responder el proyecto?
6. Las finalidades buscadas concuerdan con las finalidades alcanzadas? (fin inicial vs. producto resultante).
7. En términos de la efectividad, ¿cuál es la ventaja/desventaja de contratar ONG o consultores independientes para el logro de los objetivos del proyecto?

Fuente: elaboración propia.

Anexo No.2

Interrogantes para la evaluación de proyectos. Variable: impacto

1. ¿Qué beneficios económicos se generaron para la población objetivo/beneficios?
2. ¿Cuáles fueron los efectos positivos y negativos, previstos y no previstos?
3. ¿Cuáles fueron las consecuencias, mensurables o no mensurables, a nivel sociopolítico y cultural?
4. ¿Existen medios de atenuar o anular los resultados desfavorables en futuros proyectos semejantes?
5. ¿Cuáles lecciones se pueden deducir del enfoque adoptado en este proyecto (para otros proyectos del mismo tipo)?
6. ¿Conocen los beneficiarios de los proyectos el origen del financiamiento. Se captó la filosofía de la organización cooperante, sus principios?
7. ¿Qué beneficios del proyecto fueron sostenidos después de que concluyó el préstamo?
8. ¿Qué políticas del país receptor han apoyado o apoyarán los efectos positivos del proyecto?
9. ¿Se desarrollaron las capacidades locales (organizacionales, institucionales y financieras) durante el proyecto?

Fuente: Elaboración propia.

Anexo No.3

Tabla No.1: Componentes evaluativos

1. Nombre del Proyecto: _____

2. Localización: _____

3. Componente: racionalidades intervinientes

3.1 Criterios específicos	SI	NO	Observaciones
---------------------------	----	----	---------------

¿Se identificó a las organizaciones participantes?

¿Se identificaron sus prioridades?

Los objetivos de evaluación ¿son consistentes con estas necesidades?

3.2. Componente: Información

Criterios específicos:

¿La información responde a necesidades de los usuarios?

¿Es confiable?

¿Es válida?

¿Se transmite oportunamente?

¿Existen sistemas de información paralelos? (identificar causas).

3.3. Componente: recursos

Criterios específicos:

Los recursos humanos, materiales y financieros ¿son adecuados para el proyecto?

Fuente: Elaboración propia en base a Worthen B. y Sanders J. Educational Evaluation. Longman. New York. 1988.

Anexo No. 4

Tabla No. 2: Características a considerar en el diseño evaluativo

	Observaciones
1. Claridad conceptual (focalice la evaluación, su propósito y metas)	_____ _____
2. Características del objeto de evaluación (¿se especifica claramente el objeto de evaluación?, ¿se descompone en variables?, ¿en indicadores?)	_____ _____ _____
3. Racionalidades que afectan la ejecución del proyecto. ¿se identifican las distintas organizaciones y sus racionalidades?, ¿se crearon condiciones para la participación de las distintas organizaciones en el proyecto?, ¿para la obtención del consenso?	_____ _____ _____ _____
4. Voluntad política: ¿el proyecto cuenta con suficiente apoyo político? ¿qué contingencias se presentan?, ¿qué elementos favorecerían la negociación?, ¿viabilidad política?	_____ _____ _____ _____
5. Requerimientos de información y recursos: ¿se precisan en el grado adecuado?, ¿hay capacidad financiera?, ¿se prevén contingencias?	_____ _____ _____
6. El diseño y los procedimientos tienen las características necesarias de validez, confiabilidad, objetividad?	_____ _____
7. Los costos de evaluación se especifican en todas sus etapas?	_____ _____
8. Componentes evaluativos: ¿se desagregan los componentes de evaluación en criterios de precisión que faciliten la evaluación?	_____ _____ _____
9. Sistemas de información: ¿se ajustan a las necesidades de los usuarios u organizaciones participantes?, ¿son comprensibles, claros, oportunos?	_____ _____ _____

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 3 Un enfoque evaluativo integral

Componentes	Aportes para la toma de decisiones
<p>Contexto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situación económica, social y del país y región. - Definición de la población objetivo. - Análisis de las distintas racionalidades que intervendrán en el proyecto: <ul style="list-style-type: none"> Puntos esenciales para el consenso mínimo Niveles político gubernamentales, Instituciones cooperantes. Organizaciones campesinas o grupos meta. U.E.P. 	<p>Proporciona una base realista para la planificación del proyecto y los resultados a obtener.</p>
<p>Insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos disponibles por parte de: <ul style="list-style-type: none"> Instituciones cooperantes: (Cooperación esperada) organizaciones campesinas (qué condiciones se les han facilitado para ser interlocutores válidos?) Recursos aportados por las organizaciones. U.E.P. - Se cuenta con el equipo humano idóneo? <ul style="list-style-type: none"> - Recursos materiales y financieros adecuados? 	<p>Provee una base para sopesar el proceso de ejecución del proyecto.</p>
<p>Procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de control e información en la ejecución del proyecto. - Obstáculos políticos, técnicos, financieros y de otra índole que pueden afectar el cumplimiento de las metas. - Grado de participación de la población beneficiaria. - Soluciones identificadas. 	<p>Facilita el afinamiento del sistema de control y evaluación y los procedimientos claves en la implementación.</p>
<p>Producto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultados obtenidos. - Grado de satisfacción expresada por los beneficiarios, por el gobierno, las instituciones cooperantes y la U.E.P. - Lecciones aprendidas. 	<p>Brinda información sobre el impacto del proyecto. Sobre los efectos positivos y negativos, esperados o no. Se derivan lecciones para aplicar en otros proyectos.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a Stufflebeam, op. cit.

Centroamérica en Cifras

Norma Patricia Rivera Scott*

PRESENTA UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD CENTROAMERICANA ABORDANDO ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS CON INDICADORES ACTUALIZADOS DE LA SUBREGION.

Introducción

En vista de la estrecha relación existente entre salud, bienestar y nivel de desarrollo de los países, la comprensión de las condiciones actuales de salud en Centroamérica implica el análisis de sus elementos condicionantes en la subregión. Por consiguiente, se presenta una síntesis de los aspectos demográficos, políticos, sociales, económicos y específicos de salud más relevantes, así como una selección de indicadores actualizados de fuentes tales como BID, PNUD y CEPAL.

El ordenamiento de los países se asigna según su índice asignado en el Informe de Desarrollo Humano del PNUD para 1993 y se incluyen en lo posible, las cifras correspondientes a Latinoamérica, a los países en desarrollo y a los países industrializados, como parámetros de comparación.

Situación demográfica

Centroamérica está conformada por seis países: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Comprende una extensión territorial de 491.558 Km² y una población total de aproximadamente 27 millones de habitantes para 1991. Más de la mitad de la población se encuentra distribuida en áreas rurales oscilando entre el 40% y 70% del total.

Existe un crecimiento poblacional relativamente alto en la mayoría de los países, por lo cual se espera que su población se duplique en los próximos treinta años. Además, se observa un importante flujo migratorio hacia las grandes ciudades que supera la capacidad de planificación urbana para la prestación de servicios básicos en forma adecuada. Consecuentemente, han proliferado los cinturones de miseria en el área urbana, paralelo a la existencia de poblaciones rurales dispersas y desprotegidas.

* Consultora del Programa de Estudios Avanzados en Administración de Salud, PROASA-ICAP

Situación política

A nivel político, todos los países de la subregión han iniciado la década de los noventas bajo regímenes democráticos, en su mayoría incipientes, después de un período prolongado de autoritarismo. Esta democratización política se ha visto fortalecida por los procesos de pacificación y de sustitución de la confrontación armada por el diálogo y la articulación social.

Por otra parte, los gobiernos se encuentran en proceso de modernizar su aparato estatal y equilibrar sus economías mediante la aplicación de programas de ajuste estructural paralelo a la búsqueda conjunta de respuestas viables a los problemas de la deuda social.

En vista de dicha situación y dadas las condiciones mundiales actuales, adquiere nuevamente relevancia la integración centroamericana, ya no desde una perspectiva exclusivamente económica, sino abarcando además los aspectos sociales y políticos del istmo.

Situación social

Las condiciones sociales en la subregión reflejan el aumento de la pobreza, con cifras que muestran una población en pobreza absoluta que varía entre el 20% y el 71% de la población total. Esto significa que de una a tres de cada cuatro centroamericanos es pobre. Para 1990, la población analfabeta representaba del

7% (Costa Rica) al 47% (Guatemala) de la población total, agravada por la tendencia decreciente en cuanto a la matrícula total. Además se observa un desempleo y subempleo creciente, acompañado del deterioro de los ingresos reales *per cápita*. Al tomar en consideración la distribución geográfica de la población, se evidencia un mayor deterioro de los indicadores previamente analizados en el área rural, que demuestra las disparidades en cuanto a las condiciones de vida y acceso a los servicios a este nivel.

El desarrollo humano en la subregión se clasifica, a excepción de Costa Rica, como medio o bajo, según el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, con una tendencia regresiva. Es decir, que entre el Informe de 1991 y el de 1993, todos los países de la subregión, a excepción de Panamá que aumentó 16 posiciones, sufrieron un retroceso en cuanto a su posición mundial, que varió de 2 posiciones en el caso de Costa Rica hasta 26 posiciones en el caso de Nicaragua.

Situación económica

Centroamérica no fue la excepción en cuanto a la experiencia latinoamericana en general, que llevó a denominar los años ochentas como la "Década Perdida". Durante este período, los países de la subregión se enfrentaron al rezago y al estancamiento de sus economías, caracterizada por una disminución alarmante de su producción, desequilibrios fiscales, aumento de la

inflación, endeudamiento interno y externo, y crecientes limitaciones en cuanto al costo y cantidad de recursos externos disponibles.

En dicho período, se presentaron tasas negativas de crecimiento real del producto interno bruto, con una tendencia decreciente en todos los países. A partir de 1990, se observa una leve mejoría de este indicador. La inflación ha afectado a todos los países a excepción de Panamá, los cuales iniciaron 1980 con un aumento anual de los precios al consumidor menor del 20%, correspondiente a una inflación moderada (Nicaragua con una inflación alta). Para 1991, la inflación fue muy alta en Nicaragua (mayor del 1000%) y alta en el resto de países (mayor del 20%). Por otra parte, el endeudamiento externo aumentó aproximadamente 40% entre 1983 y 1991 (US\$18.289 a US\$29.944 millones), correspondiendo a más del 100% del producto interno bruto en la mitad de los países.

Los programas de ajuste estructural iniciados en los años ochentas para enfrentar la crisis previamente descrita en la subregión, han logrado una relativa estabilidad económica y han dado inicio a una recuperación incipiente. Sin embargo, el reto que se plantea es consolidar dicho crecimiento y lograr una mejor distribución del mismo, con orientación hacia un desarrollo social con equidad.

Situación de salud

Como resultado de las particularidades de cada país, en Cen-
julio-diciembre/1993

troamérica coexisten condiciones de salud muy diversas, tanto referentes al perfil epidemiológico como a la organización de los servicios de salud. Referente al primer aspecto, se presenta un mosaico epidemiológico donde convergen los problemas de salud típicos de países en desarrollo, con aquellos resultantes del crecimiento y envejecimiento poblacional, la urbanización y la industrialización. Además de las causas de morbi-mortalidad tradicionalmente existentes en la región, se han agudizado problemas como son la malaria y la tuberculosis. Han surgido epidemias tales como el cólera y el SIDA, y han adquirido relevancia las muertes violentas, los problemas de alcoholismo y farmacodependencia, las enfermedades laborales, entre otras, que implican la redistribución de los escasos recursos disponibles así como la coordinación de múltiples esfuerzos, sectoriales, intersectoriales, nacionales y sub-regionales.

En lo que respecta a la organización de los servicios de salud en Centroamérica, persisten serios problemas de acceso y de eficiencia en la mayoría de los países. Por otra parte, la calidad de los mismos se cuestiona así como la capacidad estatal para responder a las crecientes demandas poblacionales, con los modelos actuales de atención y administración predominantes. Se proyecta que de no modificarse las condiciones presentes a nivel de la organización y gerencia de los servicios de salud, resulta improbable el logro global de las metas mínimas establecidas como compromiso internacional para el año 2000. En vista de

lo anterior y siendo que las condiciones de salud-enfermedad no respetan fronteras, los países han definido conjuntamente las prioridades de la subregión, las políticas y las estrategias de acción correspondientes, planteando el fortalecimiento de la cooperación horizontal y la negociación subregional

de la cooperación financiera internacional. Sin embargo, aún se requiere mucho esfuerzo sistematizado en la conceptualización y operacionalización de los servicios de salud que respondan exitosamente a las necesidades y a las condiciones de salud en la subregión.

Cuadro 1
INDICADORES DEMOGRAFICOS
CENTROAMERICA : 1991

País	Extensión territorial		Población		Tasa anual crecimiento % 1991-2000	Poblac. rural %	Densidad (Hab/Km ²)
	Total (Km ²)	%	Total (miles)	%			
Costa Rica	51100	10	3088	11	2,2	52	61
Panamá	77082	16	2466	9	1,8	46	32
El Salvador	21041	4	5376	20	2,2	55	257
Nicaragua	127358	26	4000	15	3,4	40	34
Guatemala	102889	21	6647	25	2,8	71	95
Honduras	112088	23	5298	20	2,8	56	47
Centroamérica	491558	100	26875	100	2,5	56	55

Fuente: Elaboración propia con base a BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992 y Boletín Demográfico 25(49):enero, 1992.

Cuadro 2
INDICE DE DESARROLLO HUMANO
CENTROAMERICA: 1988 - 1990

País	Índice		Posición*		Clasificación**	
	1988	1990	1988	1990	1988	1990
COSTA RICA	0,876	0,852	40	42	Alto	
PANAMA	0,796	0,738	54	68	Medio	
EL SALVADOR	0,524	0,503	94	110	Medio	
NICARAGUA	0,612	0,500	85	111	Medio	
GUATEMALA	0,488	0,489	103	113	Bajo	
HONDURAS	0,492	0,472	100	116	Bajo	

* Posición 1 Japón Índice = 0,983

Posición 173 Guinea Índice = 0,045

** Alta: mayor o igual a 0,800 55 países

Medio: entre 0,700 a 0,799 56 países

Bajo: menor o igual a 0,500 62 países

Fuente: PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993.

Cuadro 3
TENDENCIAS EN INDICADORES SOCIALES
CENTROAMERICA: 1970 - 1995*

País	Esperanza de vida (Años)			% de analfabetismo**		
	1970 - 75	1980 - 85	1990 - 95	1970	1985	1990
COSTA RICA	68	74	76	12	8	7
PANAMA	66	71	73	19	14	11
EL SALVADOR	59	57	67	43	31	27
NICARAGUA	55	59	67	43	13	13
GUATEMALA	54	59	65	54	48	47
HONDURAS	54	62	66	43	32	27

* Cifras redondeadas

** % de población de 15 años y más edad

Fuente: Elaboración propia con base a BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992 y CEPAL. Estudio Económico de América Latina y El Caribe, 1992.

Cuadro 4
TENDENCIAS EN CUANTO A MORTALIDAD
CENTROAMERICA: 1970 – 1995*

PAIS	Mortalidad infantil**			Mortalidad general***		
	1970 - 75	1980 - 85	1990 - 95	1970-75	1980-85	1990-95
COSTA RICA	53	19	14	6	4	4
PANAMA	43	26	21	7	5	5
EL SALVADOR	99	77	46	11	11	7
GUATEMALA	95	70	49	13	11	8
NICARAGUA	100	86	52	13	10	7
HONDURAS	101	78	60	14	9	7

* Cifras redondeadas

** Tasas anuales medias X 1.000 nacidos vivos

*** Tasas anuales medias X 1.000 habitantes

Fuente: Elaboración propia con base a CEPAL. Estudio Económico de América Latina y El Caribe, 1992.

Cuadro 5
REDUCCION DE DISPARIDADES SUR-NORTE
CENTROAMERICA: 1960 – 1990
(Norte = 100)*

País	Esperanza de vida al nacer		Tasa mortalidad en < 5 años		Consumo calórico diario	
	1960	1990	1960	1990	1965	1988-90
COSTA RICA	89	100(+)	92	100(+)	84	92
PANAMA	88	97	94	99	79	80
EL SALVADOR	73	86	84	93	65	78
NICARAGUA	68	87	84	94	86	78
GUATEMALA	66	85	82	92	75	80
HONDURAS	67	87	81	93	70	72
LATINOAMERICA	81	90	88	95	82	85
P. EN DESARROLLO	67	84	80	90	72	80

* Todas las cifras se expresan con relación al promedio del Norte, indexado a 100. Mientras menor sea la cifra, mayor será la brecha.

P = Países

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1993.*

Cuadro 6
AUMENTO DE DISPARIDADES SUR-NORTE
CENTROAMERICA: 1960 – 1990
(Norte = 100)*

País	Matrícula total			PIB Per Cápita Real	
	1970	1980	1987-90	1960	1990
COSTA RICA	87	84	69	35	31
PANAMA	86	82	59	27	23
EL SALVADOR	69	16	46	23	14
NICARAGUA	62	52	23	34	10
GUATEMALA	40	32	23	27	18
HONDURAS	66	30	25	16	10
LATINOAMERICA	78	52	46	37	31
P. EN DESARROLLO	63	20	18	17	15

* Todas las cifras se expresan con relación al promedio del Norte, indexado a 100. Mientras menor sea la cifra, mayor será la brecha.

P = Países

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993.*

Cuadro 7
DISPARIDAD ENTRE ZONAS RURALES Y URBANAS
CENTROAMERICA: 1985 – 1990
(Urbano = 100)*

País	Población rural (%) 1991	% Población con acceso a servicios					
		Salud		Agua		Salubridad	
		1985-88	1988-90	1988-90	1988-90	Urbano	Rural
COSTA RICA	53	100	63	100	84	100	93
PANAMA	47	95	64	100	66	100	68
EL SALVADOR	56	80	40	76	10	86	39
NICARAGUA	40	100	60	78	19	35	16
GUATEMALA	61	47	25	91	41	72	48
HONDURAS	56	85	65	56	49	--	--
LATINOAMERICA	28	82	42	91	56	90	34
P. EN DESARROLLO	63	90	44	85	60	76	40
P. INDUSTRIAL	27	--	--	--	--	--	--

* Todas las cifras se expresan con relación al promedio del Norte, indexado a 100. Mientras menor sea la cifra, mayor será la brecha.

P. en Desarr. = Países en desarrollo

P. Industrial. = Países industrializados

Fuente: PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993.

Cuadro 8
DISPARIDAD RURAL – URBANA
CENTROAMERICA: 1985 – 1990
(Paridad rural – Urbana = 100)

PAIS	Población con acceso a servicios		
	Salud 1985-88	Agua Potable 1988-90	Salubridad 1988-90
COSTA RICA	63	84	93
PANAMA	67	66	68
EL SALVADOR	50	13	45
NICARAGUA	60	24	46
GUATEMALA	53	45	67
HONDURAS	76	88	—
LATINOAMERICA	42	62	38
P. EN DESARROLLO	44	71	77

* Todas las cifras se expresan con relación al promedio urbano, indexado a 100. Mientras menor sea la cifra, mayor será la brecha.

P. = Países

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993.*

Cuadro 9
PERFIL DE SALUD
CENTROAMERICA: 1987 – 1990

País	% Pob. con acceso a serv. de salud 1987-90	Tasa de mortalidad materna** 1988	Habitantes por		Gasto público en salud (% PNB)	
			médico 1984-89	enfermera 1984-90	1960	1988-90
COSTA RICA	97	36	960	450	3,0	5,6
PANAMA	82	60	1000	390	3,0	5,7*
EL SALVADOR	58*	200	2830	940	0,9	0,8*
NICARAGUA	84*	200	1560	540	0,4	6,6*
GUATEMALA	60	250	2180	850	0,6	1,1
HONDURAS	62	220	1510	670	1,0	2,6*
LATINOAMERICA	86	210	1220	990	1,4	3,5
P. EN DESARROL.	72	420	5080	1870	1,0	3,7
P. INDUSTRIALIZ.	-	26	380	150	4,2	-

* 1986

** Por 100.000 nacidos vivos.

POB. = Población

PNB = Producto Nacional Bruto

P. Industrial. = Países industrializados

Fuente: PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993.

Cuadro 10
SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO DEL NIÑO
CENTROAMERICA: 1988 – 1991

País	Mujeres embaraz. con aten. prenatal (%) 1988-90	Partos asistidos x personal de salud (%) 1988-90	Niños con BPN (%) 1986-90	Mortalidad* infantil en < 5 años		Tasa de inmunización. (%) ** 1989-91
				1991	1991	
COSTA RICA	91	97	7	15	22	93
PANAMA	83	85	8	22	31	87
EL SALVADOR	69	66	8	50	87	72
NICARAGUA	87	42	8	58	78	79
GUATEMALA	34	23	–	51	94	68
HONDURAS	78	63	9	62	84	83
LATINOAMERICA	66	63	10	49	63	79
P. EN DESARROL.	63	66	16	71	104	83
P. INDUSTRIALIZ.	–	–	–	14	16	–

* Por 1.000 nacidos vivos.

** En niños de un año

BPN = Bajo peso al nacer

Embaraz = Embarazadas

Aten = Atendidas

P = Países

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1993.*

Cuadro 11
TENDENCIA DE LA FUERZA LABORAL
CENTROAMERICA

País	% DE FUERZA LABORAL EN								
	Agricultura			Industria			Servicios		
	1965	1985- 1988	1989- 1991	1965	1985- 1988	1989- 1991	1965	1985- 1988	1989- 1991
COSTA RICA	47	26	24	19	19	30	34	55	46
PANAMA	46	26	12	16	10	21	38	64	67
EL SALVADOR	58	43	10	16	19	35	26	38	55
NICARAGUA	56	46	46	16	16	16	28	38	38
GUATEMALA	64	50	48	15	12	23	21	38	29
HONDURAS	68	61	36	12	16	17	20	23	47
LATINOAMERICA	44	-	24	21	-	26	35	-	50
P. EN DESARROL.	72	61	61	11	13	14	17	26	25
P. INDUSTRIALIZ.	22	12	7	36	28	26	42	60	67

P = Países

Industrial = industrializados

Fuente: Elaboración propia con base a PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993.

Cuadro 12
EMPLEO EN CENTROAMERICA

País	FUERZA DE TRABAJO (% de población total) 1980-91	Tasa de crecimiento de ingresos por empleado	
		1970-80	1980-89
COSTA RICA	37	-	-
PANAMA	36	0,2	2,1
EL SALVADOR	41	2,4	(9,4)
NICARAGUA	35	-	(10,0)
GUATEMALA	34	(3,2)	(1,9)
HONDURAS	39	-	1,5
LATINOAMERICA	39	2,0	-
P. EN DESARROL.	44	1,3	4,0
P. INDUSTRIALIZ.	49	2,2	1,4

P = Países

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1993.*

Cuadro 13
RIQUEZA, POBREZA E INVERSION SOCIAL
CENTROAMERICA: 1977 – 1990

País	PIB per cápita real (PPAS) 1990	PNB per cápita (US\$) 1990	Población en pobreza absoluta 1977-89		Gasto Público (% PIB)		
			Total	Rural	Educ.	Salud	Seguridad Social
					1988- 1990	1988- 1990	1980- 1989
COSTA RICA	4542	1900	–	–	4,6	5,6	6,3
PANAMA	3317	1900	26	30	5,7	5,7*	9,4
EL SALVADOR	1950	1000	27	32	1,8	0,8*	1,0
NICARAGUA	1497	420	20	19	2,5	6,6*	1,5
GUATEMALA	2576	910	71	74	1,8*	1,1	0,8
HONDURAS	1470	640	46	55	4,6	2,6*	–
LATINOAMERICA	4490	2130	–	–	3,6	3,5	–
P. EN DESARROL.	2170	810	32	36	3,4	3,7	–
P. INDUSTRIALIZ.	14440	14580	–	–	–	–	–

* 1986

P. en desar. = países en desarrollo

P. industri. = países industrializados

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993.*

Cuadro 14
FLUJOS DE RECURSOS
ASISTENCIA OFICIAL PARA EL DESARROLLO RECIBIDA
CENTROAMERICA: 1991

País	TOTAL DE ASISTENCIA OFICIAL PARA EL DESARROLLO			
	En millones US\$	como % PNB	Per Cápita US\$	por persona pobre (US\$)
COSTA RICA	193	3,6	62	-
PANAMA	112	2,5	45	184
EL SALVADOR	290	5,0	55	207
NICARAGUA	680	-	179	-
GUATEMALA	189	2,3	20	29
HONDURAS	332	11,1	63	174
LATINOAMERICA	4860 T	0,4	11	-
P. EN DESARROL.	45100 T	1,5	11	-

PNB = Producto Nacional Bruto

P = Países

T = total

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1993.*

Cuadro 15
DESARROLLO SOCIAL Y BIENESTAR
MAGNITUD DE LA POBREZA EN CENTROAMERICA: 1970-1990

País*	Año	Hogares en situación de pobreza**		Hogares en situación de indigencia***	
		Total	Rural	Total	Rural
COSTA RICA	1970	24	30	6	7
	1981	22	28	6	8
	1990	24	25	10	12
PANAMA	1979	36	45	19	27
	1989	38	48	18	25
GUATEMALA	1980	65	79	33	44
	1990	-	72	-	45
HONDURAS	1970	65	75	45	57
	1986	71	81	51	64
	1990	75	84	54	66
LATINOAMERICA	1970	40	62	19	34
	1980	35	54	15	28
	1990	39	53	18	30

* Sin información disponible sobre el Salvador y Nicaragua.

** % hogares cuyo ingreso es inferior al doble del costo de una canasta básica. Incluye a los hogares en situación de indigencia.

*** % de hogares cuyo ingreso es inferior al costo de una canasta básica.

Fuente: CEPAL. Estudio Económico de América Latina y el Caribe. 1992.

Cuadro 16
TASA DE CRECIMIENTO REAL
DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO
CENTROAMERICA: 1960 - 1991

País	60-69	70-79	80-87	1988	1989	1990	1991p
COSTA RICA	5,8	6,2	1,6	3,4	5,6	3,7	1,0
PANAMA	8,0	4,5	2,8	(15,6)	(0,4)	4,6	9,3
EL SALVADOR	5,9	4,6	(0,9)	1,6	1,1	3,4	3,5
NICARAGUA	7,5	(0,1)	0,2	(13,4)	(5,1)	1,0	(0,7)
GUATEMALA	5,5	5,9	(0,3)	3,9	3,9	3,1	3,2
HONDURAS	5,7	5,8	2,2	4,6	4,3	0,1	2,2
LATINOAMERICA	6,4	4,5	0,9	(2,6)	1,6	2,7	3,1
LATINOAMERICA	5,5	5,9	1,3	0,5	1,0	(0,1)	3,2

p = cifras preliminares

Fuente: BID. *Progreso Económico y Social en América Latina*, 1992.

Cuadro 17
VARIACION DE LOS PRECIOS AL CONSUMIDOR*
CENTROAMERICA: 1971 - 1991**

Pais	71-80	81-83	84-86	1987	1988	1989	1990	1991p
COSTA RICA	11	53	13	17	21	17	19	29
PANAMA	7	4	1	1	0	0	1	1
EL SALVADOR	11	13	22	25	20	18	24	14
NICARAGUA	20	27	312	912	14295	4770	7485	1400
GUATEMALA	10	5	20	12	11	11	41	35
HONDURAS	8	9	4	2	4	10	23	34

* Cifras redondeadas

** Aumento anual < 5% = precios relativamente estables

Aumento anual 5-20% = Inflación moderada

Aumento anual > 20% = Inflación alta

Aumento anual > 1000% = Inflación muy alta

p = cifras preliminares

Fuente: BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Cuadro 18
INFLACION SEGUN VARIACION DE PRECIOS*
CENTROAMERICA: 1971 - 1991

País	71-80	81-83	84-86	1987	1988	1989	1990	1991p
COSTA RICA	+	++	+	+	++	+	+	++
PANAMA	+	-	-	-	-	-	-	-
EL SALVADOR	+	+	++	++	+	+	++	++
NICARAGUA	++	++	++	++	+++	+++	+++	+++
GUATEMALA	+	+	+	+	+	+	++	++
HONDURAS	+	+	-	-	-	+	++	++

* Clasificación según variación anual de precios al consumidor:

< 5% = Precios relativamente estables

5 - 20% = Inflación moderada (+)

> 20% = Inflación alta (++)

> 1000% = Inflación muy alta (+++)

p = cifras preliminares

Fuente: *Elaboración propia con base a BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.*

Cuadro 19
CUENTAS NACIONALES EN CENTROAMERICA
 (% del PIB salvo que se indique otra cosa)
 1990

Pais	Inversión Interna Bruta	Ahorro Interno Bruto	Ingresos Fiscales (% PNB)	Gastos Admini. Central (% PNB)	Expor- tacio- nes	Impor- tacio- nes
COSTA RICA	29	22	21	27	27	38
PANAMA	16	16	18	32	7	35
EL SALVADOR	12	1	10	10	10	21
NICARAGUA	20	(2)	-	-	-	-
GUATEMALA	12	8	8	12	15	20
HONDURAS	13	6	-	-	30	34
LATINOAMERICA	19	21	14	26	13	10
LATINOAMERICA*	15	21	14	18	22	15
P. EN DESARROL.	26	26	15	-	19	21
P. INDUSTRIAL.	-	-	24	28	-	-

* Excluyendo a México y Brasil.

P = Países

Admini = Administración

Industrial = Industrializados

Fuente: PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1993

Cuadro 20
TENDENCIAS DE LOS RESULTADOS ECONOMICOS
CENTROAMERICA*

País	Ingresos Fiscales (% del PIB)		Impuestos Directos (% de impuestos totales)	Superávit/Déficit Presupuestario (% PNB)	
	1972- 1990	1972	1990	1972	1990
	COSTA RICA	3	20	11	(5)
PANAMA	1	28	20	(7)	(8)
EL SALVADOR	(1)	16	19	(1)	(0,1)
NICARAGUA	-	10	-	(4)	-
GUATEMALA	1	14	22	(2)	(2)
HONDURAS	-	22	-	(3)	-
LATINGAMERICA	-	39	35	(2)	(8)
LATINOAMERICA**	2	37	32	(2)	(2)
P. EN DESARROL.	3	35	36	(3)	(5)
P. INDUSTRIAL.	1	-	-	(2)	(2)

* Cifras redondeadas

** Excluyendo a México y Brasil.

P = Países

Fuente: PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1993

Cuadro 21
DESEQUILIBRIOS EN LAS CORRIENTES DE RECURSOS
CENTROAMERICA 1990

País	Deuda Total (% del PIB)	Relación de Servicios a Deuda (% de exportaciones de bienes y servicios)		Relación Exporta- ciones/ Importa- ciones	Dependencia Respecto al Comercio (Exportación e importación como % del PIB)
		1970	1990		
COSTA RICA	70	10	25	72	61
PANAMA	155	8	4	21	39
EL SALVADOR	40	4	17	46	32
NICARAGUA	-	11	4	51	-
GUATEMALA	38	7	13	74	37
HONDURAS	141	3	40	89	82
LATINOAMERICA	42	14	25	144	22
P. EN DESARROL.	39	13	20	111	42
P. INDUSTRIAL.	-	-	-	94	-

P = Países

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1993*

Cuadro 22
DESEQUILIBRIOS EN LAS CORRIENTES DE RECURSOS
CENTROAMERICA

País	Relación de Intercambio (1987 = 100)	Reservas Brutas de divisas (en meses de cobertura de import.)	Balanza de Cuenta Corriente (millones de US\$)
	1990	1990	1990
COSTA RICA	114	2,3	(679)
PANAMA	138	0,9	(27)
EL SALVADOR	114	4,4	(360)
NICARAGUA	110	-	(571)
GUATEMALA	102	2,1	(335)
HONDURAS	104	0,4	(397)
LATINOAMERICA	111	3,9	(3800) T
P. EN DESARROL.	101	3,7	(20900) T
P. INDUSTRIAL.	100	-	-

P = Países

T = Total

Fuente: PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1993

Cuadro 23
DESEQUILIBRIOS EN GASTOS MILITARES
Y UTILIZACION DE RECURSOS
CENTROAMERICA*

País	Gastos militares				Gasto militar		
	(Como % del PNB)		(Como % del PIB)		(% suma de gasto en Educación y Salud)		
	1960	1986	1960	1990	1977	1986	1990
COSTA RICA	1	0	1	1	8	0	4
PANAMA	0	2	0	3	10	18	23
EL SALVADOR	1	4	1	3	37	137	121
NICARAGUA	2	16	2	28	57	126	318
GUATEMALA	2	1	1	1	47	52	87
HONDURAS	1	6	1	7	34	78	102
LATINOAMERICA	2	2	2	2	36	29	64
P. EN DESARROL.	4	6	4	3	91	109	169
P. INDUSTRIAL.	6	5	6	-	-	38	-

* Cifras redondeadas

P = Países

Fuente: PNUD. Desarrollo Humano: Informe 1991, 1993

Cuadro 24
DESEQUILIBRIOS EN LAS CORRIENTES DE RECURSOS
CENTROAMERICA

País	FUERZAS ARMADAS (1987)		
	% de población total	por profesor	por médico
COSTA RICA	—	—	—
PANAMA	0,2	0,2	2
EL SALVADOR	1,0	1,9	28
NICARAGUA	2,2	3,5	31
GUATEMALA	0,5	0,9	11
HONDURAS	0,4	0,7	6
LATINOAMERICA	0,3	0,4	4
P. EN DESARROL.	0,4	0,6	18
P. INDUSTRIAL.	0,8	1,0	3

P = Países

Fuente: PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1993*

Cuadro 25
DEUDA EXTERNA TOTAL DESEMBOLSADA
CENTROAMERICA: 1983 – 1991
(En millones de dólares)

País	1983	1985	1987	1989	1991p
COSTA RICA	4177	4399	4720	4603	3966
PANAMA	4389	4755	5629	6268	6734
EL SALVADOR	1740	1854	1975	2070	2172
NICARAGUA	4059	5736	7864	9568	10676
GUATEMALA	1799	2654	2769	2594	2782
HONDURAS	2125	2728	3302	3333	3614*
CENTROAMERICA	18289	22126	26259	28436	29944

P = Cifras preliminares

* Excluye condonación por 448

Fuente: Elaboración propia con base a BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Cuadro 26
DEUDA EXTERNA EN CENTROAMERICA
(Como % del Producto Interno Bruto)
1983 - 1991

País	1983	1985	1987	1989	1991p
COSTA RICA	122	113	107	91	73
PANAMA	100	97	106	137	123
EL SALVADOR	47	52	43	40	37
NICARAGUA	156	222	314	527	649
GUATEMALA	20	37	38	38	30
HONDURAS	69	75	84	106	119
LATINOAMERICA	53	51	53	48	46

P = Cifras preliminares

Fuente: BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Cuadro 27
DEUDA EXTERNA PER CAPITA EN CENTROAMERICA
(En millones de dólares)
1991

País	Población (En miles)	Deuda Total	Deuda per Cápita
COSTA RICA	3088	3966,2	1,3
PANAMA	2466	6733,8	2,7
EL SALVADOR	5376	2172,3	0,4
NICARAGUA	4000	10675,8	2,7
GUATEMALA	6647	2781,7	0,4
HONDURAS	5298	3613,5*	0,7
CENTROAMERICA	26875	29943,3	1,1

* Excluye condonación por 448,4

Fuente: Elaboración propia con base a BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Cuadro 28
SERVICIO A LA DEUDA EXTERNA EN CENTROAMERICA
(En millones de dólares)
1983 – 1991

País	1983	1985	1987	1989	1991p
COSTA RICA	698,0	525,8	333,7	344,7	512,4
PANAMA	490,8	472,6	459,1	10,6	329,6
EL SALVADOR	201,6	259,3	260,1	170,1	171,7
NICARAGUA	107,1	64,0	39,5	14,2	264,1
GUATEMALA	188,7	333,8	340,7	298,8	275,2
HONDURAS	203,0	228,0	341,5	140,0	394,1
CENTROAMERICA	1889,2	1883,5	1774,6	978,4	1947,1

P = Cifras preliminares

Fuente: Elaboración propia con base a BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

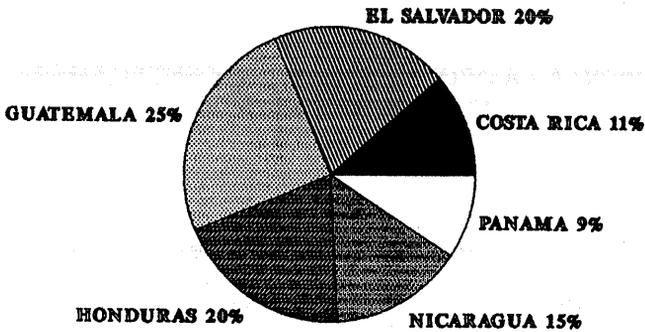
Cuadro 29
SERVICIO A LA DEUDA EXTERNA EN CENTROAMERICA
(Como % de deuda total)
1983 – 1991

País	1983	1985	1987	1989	1991p
COSTA RICA	16,7	12,0	7,1	7,5	12,9
PANAMA	11,2	9,9	8,2	0,002	4,9
EL SALVADOR	11,6	14,0	13,2	8,2	7,9
NICARAGUA	2,9	1,1	0,005	0,001	2,5
GUATEMALA	10,5	12,6	12,3	11,5	9,9
HONDURAS	9,6	8,4	10,3	4,2	10,9
CENTROAMERICA	10,3	8,5	6,8	3,4	6,5

P = Cifras preliminares

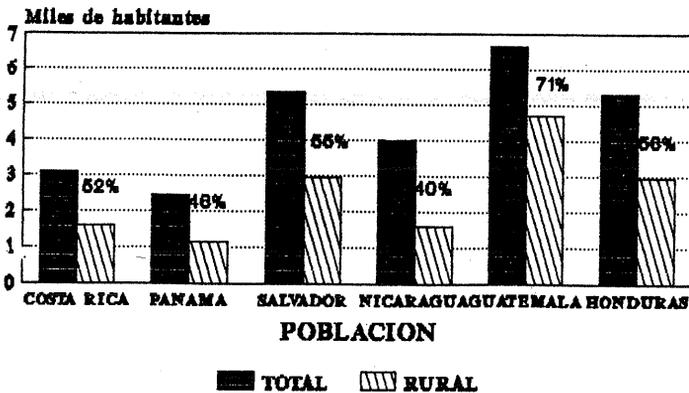
Fuente: Elaboración propia con base a BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Gráfico 1
DISTRIBUCION POBLACIONAL
CENTROAMERICA: 1991
 (% poblacional por región)



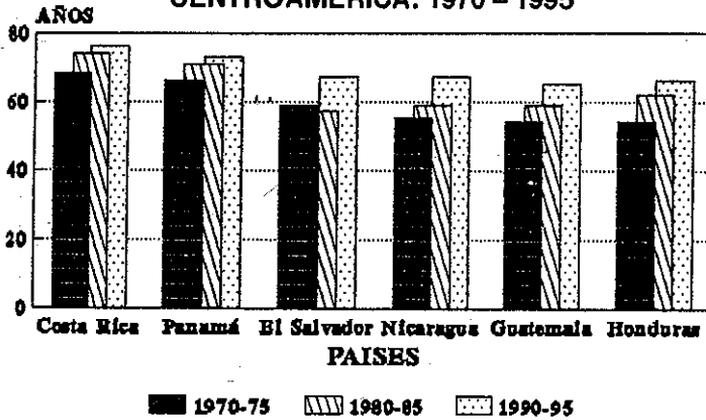
Elaboración propia con base al Informe del BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Gráfico 2
POBLACION TOTAL Y RURAL
CENTROAMERICA: 1991
 (% de población rural)



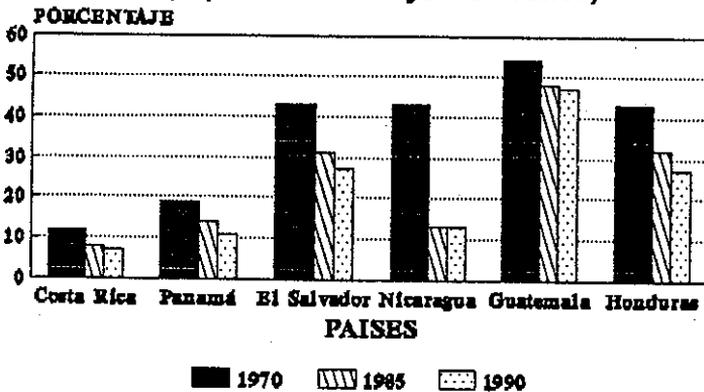
BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Gráfico 3
ESPERANZA DE VIDA AL NACER
CENTROAMERICA: 1970 - 1995



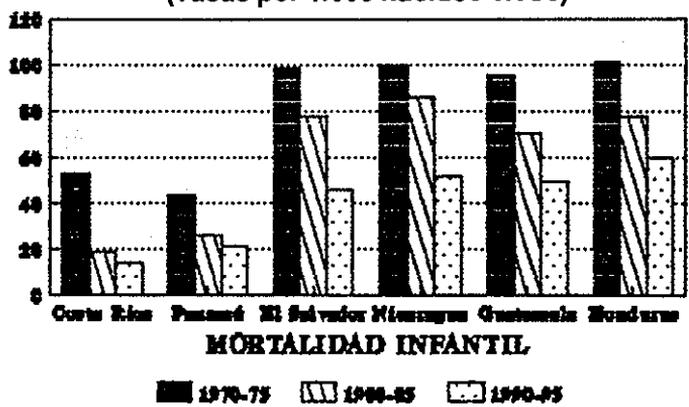
BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992 y CEPAL. Estudio Económico de A.L. y el Caribe, 1992.

Gráfico 4
ANALFABETISMO EN CENTROAMERICA
CENTROAMERICA: 1970 - 1990
 (% poblacional mayor de 14 años)



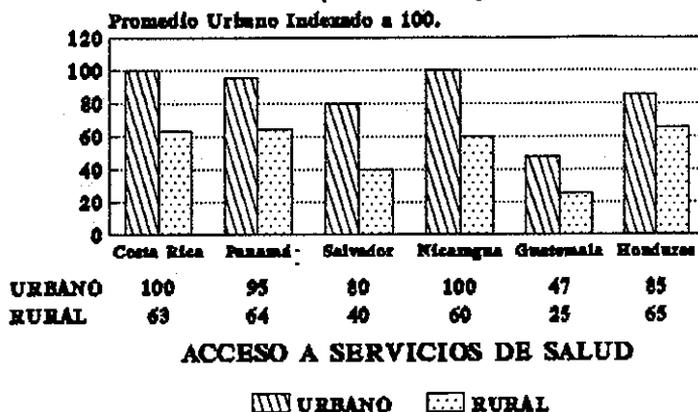
BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992 y CEPAL. Estudio Económico de A.L. y el Caribe, 1992.

Gráfico 5
TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL
CENTROAMERICA: 1970 - 1995
 (Tasas por 1.000 nacidos vivos)



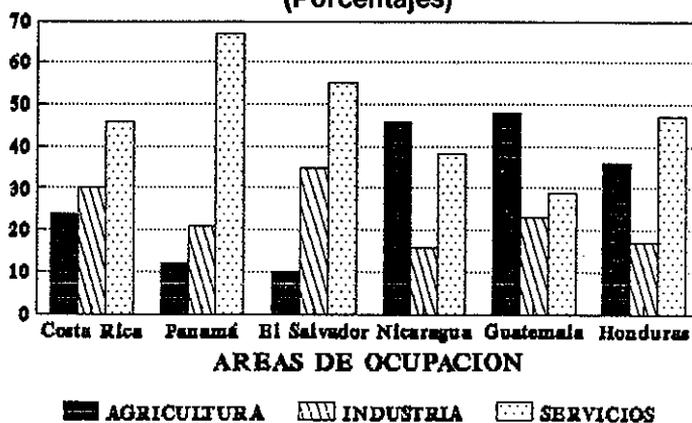
CEPAL, Instituto Estadístico de América Central y el Caribe, 1991.

Gráfico 6
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
CENTROAMERICA: URBANO/RURAL
 (1985 - 1988)



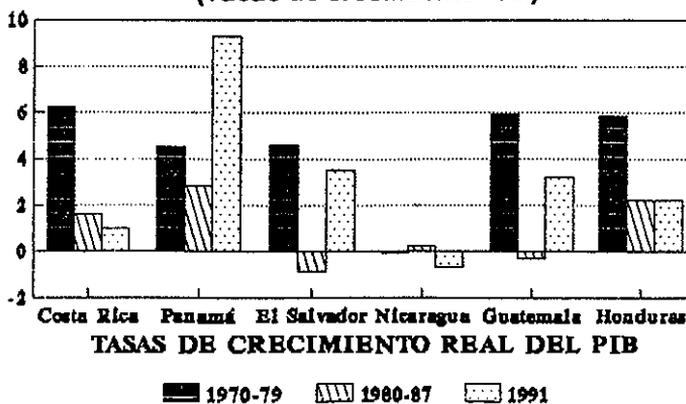
PNUD, Desarrollo Humano: Informe 1991, 1991.

Gráfico 7
DISTRIBUCION DE LA FUERZA LABORAL
CENTROAMERICA: 1991
(Porcentajes)



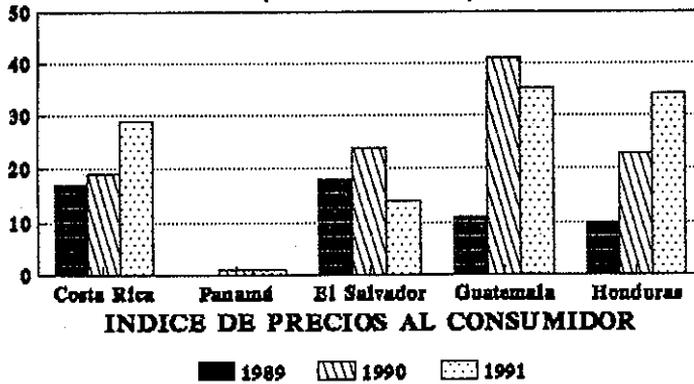
PNHD. Desarrollo Humano: Informe 1993.

Gráfico 8
PRODUCTO INTERNO BRUTO
CENTROAMERICA: 1970 - 1991
(Tasas de crecimiento real)



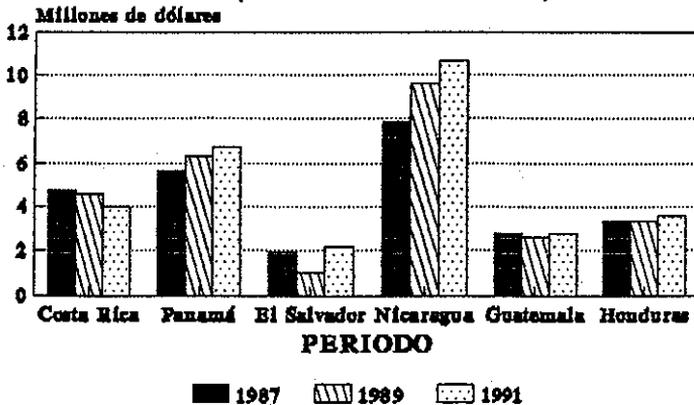
BID. Progreso Económico y Social en América Latina, 1992.

Gráfico 9
PRECIOS AL CONSUMIDOR
CENTROAMERICA: 1989 - 1991
(Variación anual)



Nicaragua presentó variaciones >1000.
 Id. Programa Económico y Social de
 América Latina y El Caribe, 1992.

Gráfico 10
DEUDA EXTERNA
CENTROAMERICA: 1987 - 1991
(En millones de colones)



Id. Programa Económico y Social de
 América Latina y El Caribe, 1992.de

documentos

Plan de Prioridades de Salud en Centroamérica

SE PRESENTAN LAS DECLARACIONES HECHAS POR LOS RESPONSABLES DE LA SALUD EN CENTROAMERICA EN LOS ULTIMOS AÑOS, COMO UN APORTE A LA BUSQUEDA DE SOLUCIONES PARA LOS PROBLEMAS QUE ESTE SECTOR ENFRENTA.

Declaración de Belice: salud y paz hacia el desarrollo y la democracia en Centroamérica

Los presidentes centroamericanos en su reciente reunión cumbre en la Ciudad de Antigua el 15, 16 y 17 de junio de 1990 reiteraron las palabras de Esquipulas: "tenemos caminos centroamericanos para la paz y el desarrollo", y adoptaron el Plan de Acción Económica para Centroamérica. Ellos llamaron a los pueblos a avanzar juntos para un nuevo desarrollo centroamericano "en el que nadie se quede atrás".

Los Ministros de Salud y los Directores de las Instituciones de Seguridad Social de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá reunidos en ocasión de la VI RESSCA (Reunión del Sector Salud de Centroamérica) en la Ciudad de Belice el 5 de setiembre de 1990 respondemos a este llamamiento julio-diciembre/1993

to y a la "Declaración de Montelimar", donde los presidentes exigieron la elaboración de una nueva iniciativa de salud y lanzamos la segunda fase de la iniciativa centroamericana de salud con el tema "Salud y Paz Hacia el Desarrollo y la Democracia en Centroamerica".

Compartimos con los mandatarios la convicción de que "la paz es inseparable de la justicia social y que mientras exista hambre y miseria no puede consolidarse la democracia plena en Centroamérica", y recordamos las palabras del Primer Ministro de Belice, el Honorable George Price, quien reconoció en la apertura de esta VI RESSCA que "La Salud ha sido una bandera que nos ha llevado hacia la paz en la subregión. Es posible construir un puente e ir desde el sufrimiento hacia la producción, desde la tristeza hacia la esperanza".

Creemos también que aunque existe una incertidumbre global en

Centroamérica, después de una década de guerra, conflictos sociales y estancamiento económico, estamos ahora en el amanecer de la paz, orgullosos de nuestros avances democráticos y comprometidos con la reconstrucción y el desarrollo equitativo en nuestra región.

Nos unimos a la llamada de los Presidentes Centroamericanos en Antigua para que se encuentre una solución pacífica a los conflictos que todavía sufren nuestros pueblos y a su pedido a los grupos todavía en armas para que se incorporen al proceso democrático. Apoyamos los esfuerzos de nuestros gobiernos, reafirmados en Antigua, para dar cumplimiento a los Acuerdos de Esquipulas II, buscando la reducción de las fuerzas armadas y de los gastos militares a fin de redirigir los recursos liberados para la salud y el bienestar de nuestros pueblos y de esta manera cumplir con el dictamen bíblico de trocar armas por arados, solicitando a las principales potencias militares mundiales para que se dediquen recursos liberados en el proceso de desarme hacia la cooperación para el desarrollo en el istmo centroamericano.

Justificamos nuestra solemne decisión porque creemos que las acciones conjuntas, integrales y participativas para mejorar la salud son esenciales para establecer ese nuevo modelo de desarrollo que busca crecimiento económico junto con la justicia social, en libertad y democracia.

Manifestamos a la vez que sólo dando respuesta a los anhelos de tantos millones de nuestros ciudadanos

quienes viven en pobreza podemos alcanzar la consolidación de la paz en Centroamérica.

Reafirmamos nuestra dedicación al mejoramiento de la salud de nuestros pueblos por sí misma y porque ésta es también una manera eficaz y real de contribuir a la democracia.

Ratificamos nuestra convicción que el Plan de Prioridades de Centroamérica y Panamá (PPS/CAP) se constituyó en un puente para la solidaridad, el entendimiento y la paz, estimulando a los líderes nacionales y a los trabajadores de salud en general para la ejecución de los proyectos de extensión de cobertura, control de enfermedades infecciosas, mejoría del estado nutricional y acceso al agua potable, dentro de las siete áreas prioritarias de la iniciativa.

Expresamos nuestra satisfacción porque la iniciativa tuvo éxito en muchos sentidos, ninguno más importante que la intensificación de acciones entre los países, para controlar la enfermedad en las áreas fronterizas, para encontrar mecanismos de consulta en cada área, y para responder a necesidades de salud de países vecinos —a pesar de diferencias políticas o ideológicas— con la meta de proteger la salud de la familia centroamericana.

Confiamos en la necesidad de fortalecer los Sistemas Locales de Salud (SILOS), juntando esta estrategia con la de cooperación entre países, con el objetivo de ver "SILOS de la Paz" por todo el istmo centroamericano en el cual las fronteras no deben limitar una atención eficaz y oportuna de la salud.

Concordamos en que un desarrollo sostenido en Centroamérica depende de la justicia social y de la protección del medio ambiente, especialmente para evitar la contaminación ambiental que repercute en el corto plazo sobre la salud humana y en el largo plazo en la sobrevivencia humana.

Declaramos que la salud, durante esta segunda fase, puede y debe ser, aún más que en el pasado, una realidad de paz, eje del proceso de desarrollo un ejemplo de la integración centroamericana, haciendo realidad el sueño de nuestros próceres y que la Seguridad Social constituye el derecho de cada uno y el compromiso de todos.

Aceptamos el reto de cerrar las brechas de salud dentro de nuestros países y entre nuestros países, las cuales dividen nuestra Centroamérica y resultan en miles de muertes innecesarias cada año.

Solicitamos a las autoridades nacionales de nuestros países que apoyen esta segunda fase de la iniciativa "Salud y Paz Hacia el Desarrollo y la Democracia en Centroamérica".

Expresamos nuestra gratitud a los Gobiernos y Agencias que, desde las dos Conferencias de Madrid, han aportado su cooperación y recursos, y pedimos que en este momento crucial en la historia centroamericana mantengan su solidaridad con nuestros pueblos y con esta iniciativa en salud.

Declaramos que esta iniciativa "Salud y Paz Hacia el Desarrollo y la Democracia" refleja nuestro compromiso de contribuir a un nuevo desarrollo equitativo, de fortalecer a la

democracia y de contribuir a la consolidación de la paz.

En consecuencia, frente a nuestros pueblos y gobiernos y en presencia de distinguidos testigos de honor, suscribimos esta Declaración de la VI RESSCA en la Ciudad de Belice, Belice, a los 5 días del mes de setiembre de mil novecientos noventa.

Dr. Theodore Aranda
Ministro de Salud de Belice

Dr. Carlos A. Gehlert Mata
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social de Guatemala

Dr. Celso Cerezo Mulet
Gerente del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Corl. Dr. Gilberto Lisandro Vasquez Sosa
Ministro de Salud Pública y Asistencia
Social de El Salvador

Dr. Juan Manuel Bolaños
Subdirector General del Instituto
Salvadoreño del Seguro Social

Dr. Marco Tulio Carranza
Director General del Ministerio de Salud
Pública y Asistencia Social de Honduras

Dr. Samuel García
Presidente Ejecutivo Instituto
de Seguridad Social de Honduras

Dr. Ernesto Salmerón Bermúdez
Ministro de Salud de Nicaragua

Dr. Humberto Mendoza
Instituto de Seguridad Social
y Bienestar de Nicaragua

Dr. Carlos Castro Charpantier
Ministro de Salud de Costa Rica

Dr. Elías Jiménez
Presidente Ejecutivo Caja
Costarricense de Seguro Social

Dr. José Trinidad Castillero
Ministro de Salud de Panamá

Dra. Susan Jones
Subdirectora de Prestaciones Médicas
Caja de Seguro Social de Panamá

TESTIGOS DE HONOR:

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Director de la Organización
Panamericana de la Salud

Lic. Carlos J. George R.
Secretario General Técnico
de AISSCEA, Panamá

Lic. José Miguel Gaitán Álvarez
Vicepresidente Ejecutivo Banco
Centroamericano de Integración Económica
Honduras

Dr. Alfonso Fuentes Soria
Rector de la Universidad de San Carlos,
Presidente de CSUCA, Guatemala

Dr. Jafeth Cabrera
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de San Carlos
Presidente de la ACAFAM, Guatemala

Dr. José Luis Fernández Noriega
Subsecretario del Ministerio de Sanidad
y Consumo, Madrid, España.

Dr. Alberto Infante Campos
Subdirector General de Relaciones
Internacionales, Secretaría Técnica
Ministerio de Sanidad y Consumo, España

Mr. Arthur Dannart
Deputy Director Health
Population and Nutrition Bureau
for Latin America and Caribbean, AID

Mr.. Kye Woo Lee
Chief, Human Resources Operations
Division, Latin America and the Caribbean
Country Department II, Banco Mundial

Mr. Pertti Majanen
Counsellor at the Embassy of Finland
in Costa Rica Finnish International
Development Agency (FINNIDA) Costa Rica

Dr. Einar Høidal
Norwegian Agency for Development
Cooperation (NORAD), Nicaragua

Lic. Milagros Barahona
Norwegian Agency for Development
Cooperation (NORAD), Nicaragua

Mr. Henk Voskamp
Embassy of the Netherlands in Costa Rica

Sr. Agop Kayayán
Representante de UNICEF

Oficina Regional para Centroamérica
y Panamá en Guatemala

Dr. Hernán Delgado
Director Instituto de Nutrición
de Centroamérica y Panamá

Dr. Nazario Román
Secretario Ejecutivo
Convenio "Hipólito Unanue"

Dr. Jean-Marie Tromme
Asistencia Técnica C.E.E.
Secretaría Técnica del Proyecto Subregional
de Supervivencia Infantil en América Central

Dr. Raúl G. Castellanos
Representante del Secretario de Salud
del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Declaración de Salud de Centroamérica y Panamá: salud fuente y puente para la paz

El 7 de agosto de 1987, los Presidentes de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, con la voluntad política de responder a los anhelos de Paz y Progreso de nuestros pueblos, suscribieron en la Ciudad de Guatemala el compromiso para establecer en Centroamérica una paz firme y duradera.

Los Ministros de Salud y los Directores de las Instituciones de Seguridad Social de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá reunidos en ocasión de la III RESSCAAP (Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá), en Managua, Nicaragua, el 27 de agosto de 1987, expresamos nuestra más grande esperanza en la decisión de los Señores Presidentes y reafirmamos nuestra total disposición para que los

programas y acciones en el Sector Salud faciliten el alcance y mantenimiento de la paz firme y duradera, necesaria para el desarrollo y la salud de nuestros pueblos.

Reafirmamos el espíritu de solidaridad y cooperación que ha orientado las actividades de salud en Centroamérica y que a pesar de la situación existente hemos logrado fortalecer en los últimos años.

Manifestamos, una vez más, nuestro decidido apoyo al Acuerdo de los Ministros de Salud suscrito en San José, Costa Rica, el 16 de marzo de 1984, que con el auspicio del Grupo Contadora y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, dio inicio al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá (PPS/CAP).

Expresamos nuestra gratitud a los Gobiernos y agencias que, desde la Conferencia "Contadora: Salud, Puente para la Paz en Centroamérica", realizada en Madrid, España, en noviembre de 1985, han aportado recursos y cooperación a los proyectos prioritarios de nuestros países, en una demostración de solidaridad y apoyo a nuestras necesidades y de comprensión de la importancia de la Salud como Fuente y Puente para la Paz.

Solicitamos a las autoridades de cada país, que en los años venideros asuman las responsabilidades de las instituciones de salud, que mantengan, así como lo hemos hecho en nuestras gestiones, la continuidad en la atención de los Programas Prioritarios de Salud y el fortalecimiento de la cooperación que se viene

desarrollando entre nuestros países e instituciones

Declaramos nuestra convicción de que, para alcanzar en forma más rápida y ordenada las mejores condiciones de salud y bienestar para nuestros pueblos, es fundamental la coordinación no solamente dentro del sector salud sino que con todas las áreas relacionadas con la salud que están bajo la responsabilidad de otros sectores que planifica y organizan el desarrollo social y económico de nuestros países.

Aclaremos el respeto a la vida y a una existencia digna para todos los hombres y rechazamos con la fuerza de nuestros corazones todo aquello que lesiona la familia e impide el desarrollo social y económico de nuestros países y someten a grandes sufrimientos a nuestros pueblos.

Afirmamos nuestra voluntad de procurar una atención prioritaria a los grupos humanos postergados en el acceso a los servicios de salud y a los de mayor riesgo; niños, mujeres, trabajadores del campo y de las zonas marginadas, refugiados, desplazados y a todos aquellos deprimidos social y económicamente.

Invitamos a las otras regiones del orbe que padecen conflictos y disturbios que afectan la paz, a que utilicen el consenso valorativo que representa la salud como promotora del entendimiento y la solidaridad. En Centroamérica nuestra experiencia ha probado que esto es posible y que no solamente existe una voluntad para la cooperación en salud sino también un vivo anhelo de contribuir a lograr la paz.

Mantenemos la decisión de continuar nuestras reuniones anuales, como mecanismo para evaluar nuestras políticas y estrategias de salud aplicando en cada país las decisiones que sean adoptadas con nuestra participación.

Sostenemos que para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000 debemos fortalecer la cooperación entre nuestros países armonizándolos con nuestros esfuerzos nacionales, tanto institucionales como de la población organizada y el apoyo solidario de la Comunidad Internacional.

En honor a la memoria de los mejores hijos de los pueblos centroamericanos, el anhelo de paz de nuestros pueblos y gobiernos y a los esfuerzos de la Comunidad Latinoamericana y Mundial ratificamos nuestro propósito y compromiso de contribuir al logro de la Paz y la Justicia Social en la región.

En consecuencia, con el conocimiento de nuestros pueblos y gobiernos y en presencia de distinguidos testigos de honor suscribimos esta Declaración de Salud en Centroamérica y Panamá, en la Ciudad de Managua, Nicaragua, a los diecisiete días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y siete.

Dr. Rubén Villeda Bermúdez
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social de Honduras

Dr. Gonzalo Rodríguez Soto
Director Instituto de Seguridad
Social de Honduras

Dra. Dora María Téllez Argüello
Ministra de Salud de Nicaragua

Lic. Reynaldo Antonio Teffel
Ministro Presidente del Instituto

de Seguridad Social y Bienestar

Dr. Edgar Mohs Villalta
Ministro de Salud de Costa Rica

Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Presidente Ejecutivo Caja Costarricense
de Seguro Social

Dr. Agustín Luna
Viceministro (a.i.)
Ministerio de Salud de Panamá

Lic. Carlos A. Velarde
Director General de la Caja
de Seguro Social de Panamá

Dr. Carlos Armando Soto
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social de Guatemala

Dr. Pietro Marroquín
Presidente del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Dr. Benjamín Valdéz H.
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social de El Salvador

Dr. José Antonio Pereira
Director General de Salud en Representación
del Director General del Instituto
Salvadoreño de Seguridad Social

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Director de la Organización
Panamericana de la Salud

Dr. Israel Alpuche
Ministro de Salud de Belice

Dr. Jorge Antelo Pérez
Viceministro de Salud
de la República de Cuba

Dr. Carlos Hernández Gil
Sub-Secretario de Sanidad
y Consumo de España

Dr. Jaime Martuscelli Amintana
Sub-secretario de Regulación Sanitaria
y Desarrollo de México

Dr. Alessandro Rossi Espagnet
Representante del Gobierno de Italia

Sr. Michael Fenaud
Encargado de Negocios de la Embajada
de Francia en Nicaragua

Sr. Gijsbert I.A.M. Bos
Primer Secretario de la Embajada
de Holanda en Nicaragua

Dr. Luis Octavio Angel
Director del Instituto de Nutrición
de Centroamérica y Panamá (INCAP)

Dr. Agop Kayayán
Representante del Fondo de las Naciones
Unidas para la Infancia (UNICEF)

**Declaración de los Ministros
de Salud de Centroamérica
y Panamá sobre necesidades
prioritarias de salud, San José,
Costa Rica, 16 de marzo de 1984**

Los Ministros de salud de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, reunidos en San José, Costa Rica, el 16 de marzo de 1984, luego de analizar detenidamente el documento de trabajo, así como la situación de salud en el contexto de la situación general del istmo centroamericano:

CONSIDERANDO

1. Que la situación política, social y económica de la subregión ha sufrido un deterioro progresivo en los últimos años, afectando significativamente los niveles de bienestar y salud de nuestras poblaciones;
2. Que ese deterioro progresivo implica enfermedades, incapacidad, mortalidad y sufrimiento humano evitables, que se expresa, entre otros, en los siguientes indicadores:

- a) cerca de 50 mil muertes de menores de 5 años por año;
- b) dos de cada tres niños sufren de algún grado de desnutrición;
- c) en la subregión, con sólo 3.5% de la población de América, se registran el 33% de los casos de malaria;
- d) aproximadamente 10 millones de centroamericanos, el 40% de la población total, no tiene acceso a servicios básicos de salud;

3. Que esa situación contribuye además a la inestabilidad política de la subregión y afecta severamente las posibilidades de recuperación y progreso económico y social;
4. Que a su vez la situación de salud se ve seriamente condicionada por las altas tasas de analfabetismo, deficiente provisión de agua potable y disposición de excretas, desocupación, bajo nivel y mala distribución del ingreso, y condiciones de vivienda inadecuadas;
5. Que nuestros gobiernos, en diferentes foros internacionales, han asumido el compromiso de lograr la meta social de salud para todos en el año 2000;
6. Que este compromiso implica extender la cobertura de servicios de salud y bienestar al total de la población, buscando la satisfacción de las necesidades básicas mediante la estrategia de la Atención Primaria;

7. Que la salud, por su extraordinario consenso valorativo en un mundo tan marcado por las diferencias y los conflictos, puede y debe ser un puente y una fuente permanente para la solidaridad, para el entendimiento, la cooperación, la construcción de la justicia y la contribución a la paz, que son otras tantas dimensiones de la salud; y
8. Que la OPS/OMS, Organismo Internacional del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, tiene una larga trayectoria y capacidad técnica en la coordinación de esfuerzos que conducen a apoyar el mejoramiento de la situación de salud en el istmo centroamericano; por tanto

DECLARAN

1. El compromiso de sus gobiernos frente a la situación de salud de los pueblos centroamericanos;
2. La preocupación por el efecto negativo de la inestabilidad política y económica de la Región sobre el bienestar y la salud de las poblaciones;
3. La decisión de apoyar los compromisos fundamentales para establecer la paz, la democracia, la seguridad y la cooperación para el desarrollo económico y social de los países, condición esencial para elevar el nivel de salud de nuestros pueblos;
4. El compromiso de organizar y mantener los mecanismos de integración y coordinación que permitan utilizar todos los recursos

que poseen las instituciones de la región, en beneficio de la salud y el bienestar de la familia centroamericana;

5. El interés y determinación por gestionar, en forma conjunta, recursos adicionales para financiar las actividades prioritarias en el campo de la salud, a fin de atender las necesidades apremiantes de los pueblos de Centroamérica y Panamá, y de actuar solidaria y conjuntamente en la realización de programas de interés común en complementación a los esfuerzos en el ámbito de cada país.
6. La necesidad de propiciar y ampliar la ayuda humanitaria destinada a los grupos más vulnerables de la población, en particular a los niños, los marginados y los desplazados por las condiciones actuales; y
7. El reconocimiento a las iniciativas de paz del Grupo de Contadora, y a aquellas otras iniciativas dirigidas al campo de la salud que cuentan con el apoyo de UNICEF y de otras agencias de cooperación; en consecuencia.

DECIDEN

1. Presentar conjuntamente a los países del Continente Americano y a la Comunidad Internacional en general, el Plan Básico sobre necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá, elaborado conjuntamente y que se

pretende ejecutar en forma solidaria, como expresión de esos compromisos e instrumento para su cumplimiento;

2. Manifestar la confianza de que obtendrán el apoyo de los países del Grupo de Contadora, de los demás países del continente y de otras regiones, agencias internacionales y de cooperación, en fin, de todos los que se preocupen por la grave situación que vive la sub-región y por la paz y el bienestar mínimo de nuestros pueblos:
3. Solicitar a la Organización Panamericana de la Salud que se una a ese esfuerzo y, en colaboración con nuestros gobiernos y otros organismos, actúe para viabilizar el Plan y ayudar en su ejecución; solicitando especialmente a dichos organismos lo siguiente:
 - a) Que apoye las gestiones junto al Grupo de Contadora para la inclusión del Plan en sus esfuerzos para la paz en la sub-región;
 - b) Que promueva la participación inmediata de los organismos del Sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, en especial de la OMS, UNICEF, PNUD y OEA;
 - c) Que promueva los contactos necesarios y respalde las gestiones para la obtención del apoyo de los gobiernos de los demás países americanos y de sus agencias de cooperación internacional, de los gobiernos de los países de otras regiones y organizaciones pertinentes;
- d) que apoye, en forma inmediata, nuestros esfuerzos para la elaboración de los programas y proyectos respectivos, la implementación de medidas inmediatas y todas las demás actividades para el desarrollo del Plan, reorientando sus programas de cooperación en la forma necesaria.
4. Afirmar su decisión de adoptar y promover las medidas necesarias en cada país para movilizar, organizar y orientar los recursos nacionales, en la forma más eficiente, para la realización de los programas y objetivos que se proponen.

EN FE DE LO CUAL SUSCRIBEN:

Por la salud, como puente y fuente permanente de movilización para la paz, la solidaridad y el entendimiento entre los pueblos de Centroamérica y Panamá.

Dr. Ramiro Rivera
Ministro de Salud de Guatemala

Dra. Leda Guido
Ministra de Salud de Nicaragua

Dr. Rubén García
Ministro de Salud de Honduras

Dr. Juan Jaramillo
Ministro de Salud de Costa Rica

Dr. Napoleón Cárdenas
Ministro de Salud de El Salvador

Dr. Alberto Calvo
Ministro de Salud de Panamá

TESTIGO DE HONOR

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Director de la Organización
Panamericana de la Salud

El ICAP en Centroamérica

Información sobre Cursos de Capacitación

Gustavo A. Campos*

PRESENTA LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL AREA DE SALUD SOBRE EL PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL INSTITUCIONAL EN CENTRO Y SUR AMERICA

ICAP-GTZ-CAPRE

Presentación

Bajo la Coordinación Técnica del Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP, a través de su Programa Avanzado en Gerencia Pública de la Salud (PROASA), y el patrocinio de la Sociedad Alemana de la Cooperación Técnica (GTZ) y copatrocinio del Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana (CAPRE), se realizó de agosto a diciembre de 1991 en Centroamérica, Venezuela, Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú, el Curso "Desarrollo de la Capacidad Gerencial Institucional de las Empresas de Agua Potable".

Objetivo

Contribuir al desarrollo de los participantes de una actitud crítico-reflexiva en torno a los diferentes problemas que afectan al estado de salud de la sociedad latinoamericana, con especial énfasis en los aportes que brinda al estado de salud, el suministro de agua segura y las consecuencias ecológicas y sociales de su utilización; así como brindarles las herramientas administrativo-gerenciales básicas para mejorar su gestión.

Organización

Docencia

La responsabilidad de la docencia estuvo a cargo del Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP, a través de su Programa Avanzado en Gerencia Pública de la Salud (PROASA), y se reguló de acuerdo a los

* Consultor ICAP-PROASA.

contratos respectivos firmados entre ICAP y GTZ.

Para mantener una lógica durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, el curso se impartió a través de diez módulos, divididos en tres fases: en la Fase I se incluyeron los módulos de Salud y Sociedad, Organización, Gerencia y Toma de Decisiones y

Eficiencia Organizacional; en la Fase II los módulos de Gestión de Proyectos, Sistemas de Información y Control Gerencial, Gerencia Estratégica, Gerencia de Operaciones con énfasis en Control; y en la Fase III, los módulos de Economía para Gerentes, Gerencia Financiera y Análisis Jurídico Administrativo de las Empresas de Agua en el marco del Estado (ver Cuadro 1).

CUADRO 1
RESUMEN DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL INSTITUCIONAL DE LAS EMPRESAS DE AGUA POTABLE REALIZADO POR CAPRE-GTZ-ICAP PARA CENTROAMERICA-ECUADOR-COLOMBIA-VENEZUELA-BOLIVIA Y PERU DE DICIEMBRE DE 1991 A ABRIL DE 1992

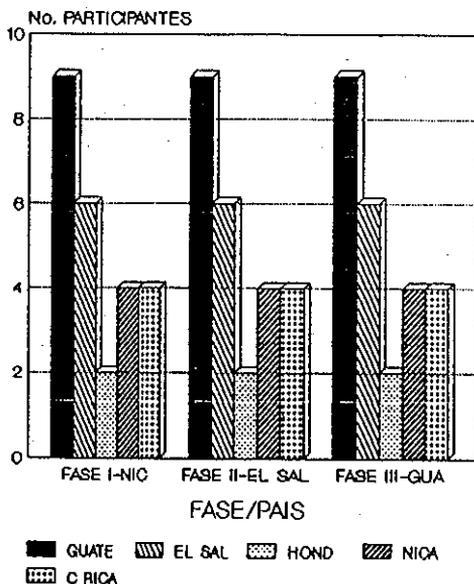
FASE	PAIS FECHA	MODULO	PARTICIPANTES POR PAIS	TECNICAS DIDACT. UT.	EVALUAC. PROM. CURSO Y DOCEN.
F	1. Salud y Soc. Nicaragua Agosto-91	Guatemala	9		
A			El Salvador 6 Honduras 2		
S	Ecuador Diciem.-91	2. Org./Ger./Toma de Decisiones	Nicaragua 4 Costa Rica 4 Ecuador 18 Colombia 4	1. CLASE MAGISTRAL	CURSO 9.23
E	Perú Diciem.-91	3. Eficiencia Or- ganizacional	Venezuela 3 Perú 12 Bolivia 13		DOCENC. 9.30
I		4. Gestión de Proyectos		2. ESTUDIO DE CASO	
F	El Salvad. Setiem.-91		Guatemala 9 El Salvador 6 Honduras 2		
A		5. Sist. Inf. y Control Geren.	Nicaragua 4 Costa Rica 4 Ecuador 14		CURSO 9.13
S	Colombia Febrero.-92		Colombia 12 Venezuela 2		DOCENC. 9.34
E	Bolivia Febrero.-92	6. Ger. Estrateg.	Bolivia 7	3. ANALISIS DE VIDEOS	
II		7. Ger. de Operac. c/enf. en Cont. 8. Econ. para Gerentes	Perú 11		
F	Guatemala. Diciem.-91		Guatemala 9 El Salvador 6 Honduras 2		
A		9. Gerencia Financiera	Nicaragua 4 Costa Rica 4 Ecuador 12		CURSO 9.10
S	Ecuador Abril.-92		Colombia 11 Venezuela 2 Bolivia 5	4. LECTURA DIRIGIDA	DOCENC. 9.25
E	Perú Abril-92	10. Anal. Jur-Advo. de la Emp. de Agua en el mar- co del Estado	Perú 17		
III					

Participantes

En cuanto a los participantes, el Curso contó aproximadamente con 72 representantes procedentes de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia y Perú (Gráficas 1, 2 y 3).

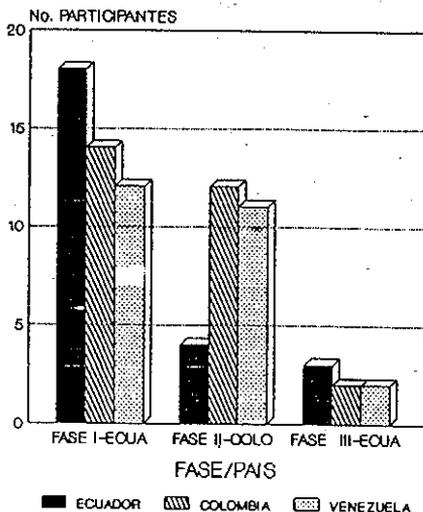
Finalmente los participantes al Curso expresaron reconocimiento y felicitación al ICAP-GTZ-CAPRE por haber asumido la iniciativa de la realización de este evento regional en forma excelente y oportuna al haber creado un curso de análisis y reflexión de un tema de tanta actualidad.

Gráfica 1
ASISTENTES POR PAIS/FASE
AL PROGRAMA DE CAPAC.
GERENCIAL DE EMPRESAS DE AGUA
AGO. 91/DIC. 91 EN CENTROAMERICA



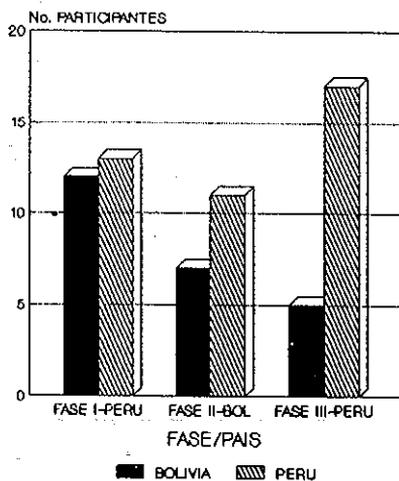
FUENTE: INFORME EJECUTIVO ICAP.

Gráfica 2
ASISTENTES POR PAIS/FASE
AL PROGRAMA DE CAPAC. GERENCIAL
DE EMPRESAS DE AGUA DIC. 91/ABR. 92
ECUADOR/COLOMBIA/VENEZUELA



FUENTE: INFORME EJECUTIVO ICAP.

Gráfica 3
ASISTENTES POR PAIS/FASE
AL PROGRAMA DE CAPAC.
GERENCIAL DE EMPRESAS DE AGUA
DIC. 91/ABR. 92 BOLIVIA Y PERU



FUENTE: INFORME EJECUTIVO ICAP.

Técnicas didácticas

En relación a las técnicas didácticas se utilizaron: la clase magistral, el estudio de caso, análisis de videos y lecturas dirigidas.

El material didáctico que se utilizó fue seleccionado con un criterio técnico de calidad y especialmente para el logro de los objetivos de los diferentes módulos.

Evaluación

Para la evaluación de cada módulo, se utilizaron los formularios para tales efectos que previamente había diseñado PROASA-ICAP y en tal sentido, ésta se realizó de acuerdo a seis variables: objetivos, metodología, bibliografía, contenido, utilidad, intensidad, horario y adecuación a la realidad. En lo que se refiere a la evaluación docente el ICAP utilizó los siguientes parámetros: dominio de la materia, relación profesor-alumno, asesoría brindada y coordinación docente.

Durante el proceso de evaluación se tomaron un cuenta todas las observaciones hechas y se hicieron los ajustes pertinentes en cuanto a mejorar la calidad del curso y alcanzar los objetivos planeados.

Apoyo Logístico

Las empresas de agua de cada país sede tuvieron la responsabilidad de todo lo relacionado al apoyo logístico de movilización y traslado de

estudiantes y docentes, hospedaje, ubicación de locales apropiados para impartir los módulos, reclutamiento, selección y número de participantes.

ICAP-FAO

Presentación

FAO, finació la realización del Primer Curso de Gerencia de Programas de Control de Alimentos para Centroamérica, realizado durante el mes de febrero de 1993.

Lo anterior tiene su fundamento en la aprobación por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana del Plan de Alimentos cuyo propósito fue promover acciones nacionales e internacionales conducentes a que los países de la región adoptaran políticas, estrategias y tecnologías que permitieran mejorar la situación de la protección de los alimentos.

El propósito del Primer Curso de Gerencia de Programas de Control de Alimentos en Centroamérica, fue delinear algunas herramientas gerenciales para las nuevas tareas, roles y dimensiones de sus gerentes y contribuir a enfrentar de mejor manera al cambiante entorno económico y político mundial, totalmente diferente al existente durante el inicio de la década pasada.

Objetivos

Analizar el concepto actual de salud integral y su vinculación con los

programas de Control de Alimentos. Estudiar las implicaciones que las acciones de las entidades de Control de Alimentos tienen en bienestar de la población y en la promoción del comercio. Brindar a los participantes, los elementos y herramientas teórico-conceptuales adecuadas para sistematizar las actividades relacionadas con su quehacer gerencial. Valorar con una actitud crítico-reflexiva los factores gerenciales que limitan y favorecen la gestión de las organizaciones de Control de Alimentos en la región centroamericana.

Organización

Docencia

El ICAP, fue el responsable de la parte docente, a través del Programa Avanzado en Gerencia Pública de la Salud (PROASA), y se reguló de acuerdo a los contratos respectivos firmados entre ICAP y FAO.

Durante el proceso de enseñanza-aprendizaje se realizaron en orden de secuencia las siguientes actividades: una revisión de los conceptos de salud integral y su vinculación con los Programas de Control de Alimentos, el anterior se analizó dentro del marco de los programas de desarrollo de los países con especial interés en su enfoque actual que se orienta a una vinculación con los aspectos sociales, económicos, culturales, políticos, nutricionales, educativos, estructurales y ambientales, entre otros, que

inciden sobre el individuo y la comunidad.

Se introdujo a los participantes en aspectos sobre la naturaleza y carácter de la Gerencia Pública, sus condicionantes y retos en el marco de las nuevas tendencias. Se analizaron las funciones, roles y responsabilidades del Gerente, privilegiando la toma de decisiones y el conflicto como variables básicas en el proceso de la gerencia, en el contexto del control de alimentos. También, se les ubicó en los aspectos de Liderazgo y Dirección en contraste con la Reforma del Estado y la toma de decisiones.

Se definieron y analizaron los conceptos de: planificación estratégica, sus objetivos, principios y proceso; así como los modelos de análisis.

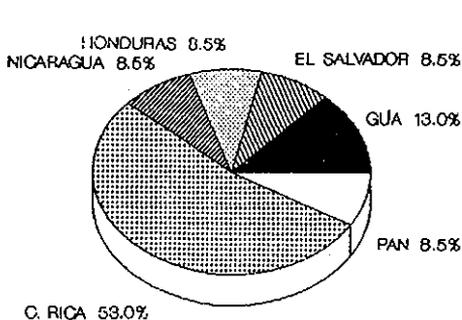
Participantes

El número de participantes fue de quince. Siendo el 53% de nacionalidad costarricense, 13% guatemaltecos y el 8.5% para cada uno de los restantes países de la subregión.

Además, la totalidad de los participantes ocupaban cargos de Jefatura de sus respectivos Departamentos o Divisiones de Control de Alimentos del país de procedencia.

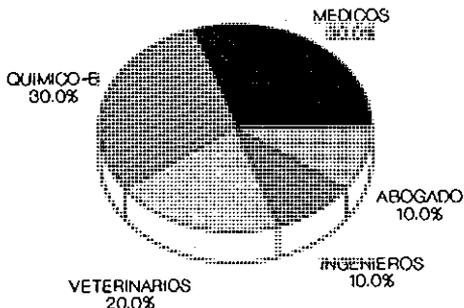
En relación a la profesión de los participantes, el 30% fueron médicos y químico-biólogos respectivamente; 20% veterinarios y 10% ingenieros y abogados.

Gráfica 4
ASISTENTES POR PAIS
A LA CAPACITACION GERENCIAL
PARA PROGRAMAS DE CONTROL
DE ALIMENTOS EN C.A. FEBRERO DE 1993



FUENTE: INFORMES EJECUTIVOS IOAP.

Gráfica 5
PROFESION DE LOS ASISTENTES
A LA CAPACITACION GERENCIAL
PARA PROGRAMAS DE CONTROL
DE ALIMENTOS EN C.A. FEBRERO DE 1993



FUENTE: INFORMES EJECUTIVOS IOAP.

Otros cursos en:

Honduras

Actualmente se está impartiendo el Curso de Capacitación a Distancia de Gerencia en Salud a 25 funcionarios de la Organización Apóstol de la Salud.

Costa Rica

En Costa Rica, se inició conjuntamente con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y

Seguridad Social, CENDEISS, en el mes de febrero el segundo Curso de Gerencia en Salud PRODIAS 2, con 140 participantes en su gran mayoría provenientes de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Salvador

Con el apoyo de UNICEF-El Salvador, en junio se inició la capacitación en Gerencia de la Salud para 25 funcionarios de la Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria PROVIDA.

referencias

EN ESTA SECCION SE PRESENTA UNA BIBLIOGRAFIA SELECTIVA Y EXHAUSTIVA SOBRE EL TEMA PROMOCION DE LA SALUD, EXTRAIDA EXCLUSIVAMENTE DE REVISTAS Y OTROS DOCUMENTOS QUE PUEDEN SER CONSULTADOS EN EL CENTRO DE DOCUMENTACION DEL ICAP.

Artículos de revistas

- Abbott, S.D. ; Alstad, E. y Yeo, M. "Blood pressure screening clinics: An Opportunity health promotion". *Canadian Journal of Public Health*. 80(6):406-410, Nov., 1989.
- Abelin, Theodor. "Getting health promotion of the Ground in Switzerland". *Journal of Public Health Policy*. 9(2):284-285, 1988.
- Ador, Gordon L. "Vacunas y vacunación". *Salud Mundial*. 5-7, Jul., 1988.
- Barber-Madden, Rosemary ; Harris Cohn, Anne y Schloesser, Patricia. "Prevention of child abuse: a public health Agenda". *Journal of Public Health Policy*. 9(2):167-176, 1988.
- Cano, García. "Salud y bienestar de adultos y envejecientes. Implicaciones para la docencia, la investigación y los servicios". *Educación Médica y Salud*. 23(1):101-107, 1989.
- Castellanos C., Pedro Luis. "Sobre el concepto de Salud-Enfermedad. Un punto de Vista Epidemiológico". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 11(1):40-55, 1988.
- Catlin, G. y Shields, M. "Conducting community-based surveys by telephone". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):20-31, Mar., 1988.
- Clarke, Juanne N. "Feminist methods in health promotion research". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S54-S57, Mar., 1992.
- "Confusion worse confounded: health promotion and prevention". *Journal of Public Health Policy*. 11(2):144-145, 1990.
- Chapman Walsh, Diana y otros. "Health promotion versus helth protection?. Employees' perceptions and concerns" *Journal of Public Health*. 12(2):148-164, 1991.
- Dickson, G. "Family violence : A Community's health promotion

- response and the Federal Government's new initiatives". *Canadian Journal of Public Health*. 80(4):300-303, 1989.
- Draper, R. "The Future of health promotion in Canada". *Canadian Journal of Public Health*. 79(2):75-76, Mar., 1988.
- Dugas-Leblanc, B. "Acadian Youth in Nova Scotia". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):25-28, Mar., 1988.
- Eakin, Joan M. y Maclean, Heather M. "A Critical perspective on research and knowledge development in health promotion". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S72-S76, Mar., 1992.
- Edwards, N. y otros. "Health promotion and health advocacy for and by immigrants enrolled in English as a second language classes". *Canadian Journal of Public Health*. 83(2):159-162, Mar., 1992.
- Elder, John P. "Applications of behavior modification to health promotion in the developing world". *Social Science & Medicine*. 24(4):335-349, 1987.
- Epp, J. "Achieving health for all : a framework for health promotion". *Canadian Journal of Public Health*. 77(): 393-408, 1986.
- "Promotion the mental health of children and youth : foundation for the future". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):56-59, Nov., 1988.
- Fineberg, Harvey V. "Estrategias a futuro para la prevención de enfermedades". *Salud Pública de México*. 31(1):124-126, Ene., 1989.
- Forbes, W.F. y MacLean, M.J. "Aspects of preventive health care for older persons". *Canadian Journal of Public Health*. 83(4):303-307, Jul., 1992.
- Friel, J.K. y otros. "The Effect of a Promotion campaign on attitudes of adolescent females towards breastfeeding". *Canadian Journal of Public Health*. 80(3):195-199, May., 1989.
- Godin, Gaston. "Who intends to participate in health promotion programs after retirement?". *Canadian Journal of Public Health*. 79(4):260-263, Jul., 1988.
- González Caamaño, Angel. "Importancia de las enfermedades crónicas degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México". *Salud Pública de México*. 28(1):13, 1986.
- Guidotti, T. L. "Health promotion in perspective". *Canadian Journal of Public Health*. 80(6):400-405, Nov., 1989.
- Guitérrez Leyton, Mario. "El Rol del equipo de salud materno infantil en la promoción del hábito de lactar al pecho". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 5(13):17-20, May., 1979.
- Hart-Zeldin, C. y otros. "Children in the context of 'Achieving Health for All: Framework for health promotion

- tion". *Canadian Journal of Public Health*. 81(3):196-198, May., 1990.
- Imrie, R. y Warrln, R. "Health promotion survey in the Northwest Territories". *Canadian Journal of Public Health*. 70(Supl):16-20, Mar., 1988.
- Infante, Rodrigo. "Material docente : Concepto actual de la promoción de la salud". *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*. (51):85-105, Jun., 1988.
- "International Conference on Promoting the Mental Health of Children and Youth : Suggestions for action". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):S59-S61, Nov., 1988.
- Jernigan, David H.; Noshier, James F. y Reed, Diane F. "Alcohol-Related problems and public hospitals : defining a new role in prevention". *Journal of Public Health Policy*. 10(3):324-352, 1989.
- Jinich, Horacio. "Ciencia, tecnología y humanismo en medicina". *Gaceta Médica de México*. 126(6):481-486, 1990.
- Kickbusch, I. "Health promotion : A Global Perspective". *Canadian Journal of Public Health*. 77:321-326, 1986.
- Lifshitz Guinzberg, Alberto. "El rezago tecnológico en la Medicina : Alternativas". *Gaceta Médica de México*. 127(6):483-491, 1991.
- Lincoln, Yvonna S. "Fourth generation evaluation, the paradigm revolution and health promotion". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S6-S10, Mar., 1992.
- Linger, Carlos. "Recursos Humanos para los Sistemas Locales de Salud". *Educación Médica y Salud*. 23(3):229-246, 1989.
- Louria, Donald B. "The Perceptions of one Department of Preventive Medicine About its obligations to the larger Community". *Journal of Public Health Policy*. 10(3):285-298, 1989.
- Lurie, Nicole. "Preventive care : Do we practice what we preach?". *American Journal of Public Health*. 77(7):801-804, 1987.
- Macdonald, P.J. y Howell, J.M. "Community-based surveys : A Component of the measurement of health in Edmonton". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):21-24, Mar., 1988.
- MacLean, H. M.; Eakin, J. M. "Health promotion research methods : Expanding the repertoire". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S4-S5, Mar., 1992.
- Martínez, Félix. "Apuntes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 11(1):98-116, 1988.
- McDaniel, S.A. "Challenges to health promotion among older working women". *Canadian Journal of Public Health*. 79(1): S29-S32, Ene., 1988.
- McDowell, G.; Black, A. y Collishaw, N. "The Healthstyles health promotion:". *Canadian Journal of*

- Public Health*. 79(6):447-454, Nov., 1988.
- McKinlay, John B. "Health promotion through healthy public policy : The Contribution of complementary research methods". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S11-S19, Mar., 1992.
- McPhee, Stephen J. y Schroeder, Steven A. "Promotion preventive care : changing reimbursement is not enough". *American Journal of Public Health*. 77(7):780-781, Jul., 1987.
- Milsum, John H. y Jones, Wayne N. "Population attributable risk for health promotion policy making : A Management tool". *Canadian Journal of Public Health*. 79(3):181-188, May., 1988.
- Moore, Silvia. "Salud sin barreras". *Salud Mundial*. 18-19, May., 1989.
- Morrin, R.; Chapdelaine, A. y Schaefer, C. "Promoting airbags : Evaluation of a public health intervention aimed at Federal Election Candidates". *Canadian Journal of Public Health*. 81(3):234-236, May., 1992.
- Morrow, Richard H. "Nuevos medios de lucha". *Salud Mundial*. 9-11, Jun., 1989.
- Nosher, J. y Jernigan, D. "Public action and awareness to reduce alcohol-related problems : a plan of action". *Journal of Public Health Policy*. 9(1):17-41, 1988.
- O'Loughlin, J.; Boivin, J. F. y Suissa, S. "A Survey of worksite health promotion in Montreal". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):5-10, Mar., 1988.
- "Ottawa Charter for health promotion". *Canadian Journal of Public Health*. 77:425-430, 1986.
- Owen, Neville Lee, Christina. "Development of Behaviorally - Based Policy Guidelines for the Promotion of Exercise". *Journal of Public Health Policy*. 10(12):43-61, 1989.
- Perreault, R.; Roy, D. y Renaud, L. "Health promotion : translating the Ottawa Charter into everyday public health practice". *Canadian Journal of Public Health*. 83(1):34-36, Ene., 1992.
- Petrie, A. D. "A Community-based health promotion project for persons with chronic respiratory disease". *Canadian Journal of Public Health*. 81(4):310-312, 1990.
- Pineault, Raynald ; Baskerville, Bruce y Letouzé, Daniel. "Health promotion activities en Quebec Hospitals : A Comparison of DSC and Dön-DSC Hospitals". *Canadian Journal of Public Health*. 81(3):199-203, May., 1990.
- Poland, Blake D. "Learning to 'walk our talk' : The Implications of sociological theory for research methodologies in health promotion". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S31-S46, Mar., 1992.
- Powell Kenneth E. "The Dimensions of health promotion applied to

- physical activity" *Journal of Public Health*. 12(4):492-509, 1991.
- "Promoción de la salud en el Zaire". *Foro Mundial de la Salud*. 1(1-2):75-79, 1980.
- Puska, Pekka. "Salud Pública e higiene del corazón". *Salud Mundial*. 19-26, Ene., 1992.
- Radcliffe, S y Lundrigan, M. "The Immigrant seniors project". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):11-15, Mar., 1989.
- Raeburn, John. "Health promotion research with heart : Keeping a people perspective". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S20-S24, Mar., 1992.
- Reynolds, D.L. y Chambers, L. W. "Healthy communications: Producing a health report (Inforwatch) for monitoring and promoting health in local communities". *Canadian Journal of Public Health*. 83(4):271-273, Jul., 1992.
- Ruiz, Luis. "Promoción y protección de la salud del adulto en América Latina y El Caribe". *Educación Médica y Salud*. 23(1):87-100, 1989.
- Salinas Quirós, Carlos ; Villaverde, Jorge. "Función metodológica del concepto de salud en la evaluación de la meta de Salud para Todos en el Año 2000". *Educación Médica y Salud*. 19(3):302-312, 1985.
- Sartorius, N. "Health promotion strategies : Keynote address". *Canadian Journal of Public Health*. 79(Supl):53-55, Nov., 1988.
- Smillie, C. "Preparing health professionals for a collaborative health promotion role". *Canadian Journal of Public Health*. 81(4):279-282, Jul., 1992.
- Spasoff, R. A. "Second International Conference on Health Promotion". *Canadian Journal of Public Health*. 79(5):298, Jul., 1988.
- Spasoff, Robert A. "Current trends in Canadian health care: Disease prevention and health promotion". *Journal of Public Health Policy*. 11(2):161-168, 1990.
- Stachtchenko, S. y Jenicek, M. "Conceptual differences between prevention and health promotion : Reseach implications for community health programs". *Canadian Journal of Public Health*. 81(1):53-59, Ene., 1990.
- Stevenson, H. Michael y Burke, Mike. "Bureaucratic logic in new social movement clothing : The Limits of health promotion research". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S47-S53, Mar., 1992.
- Stewart, M.J. "Nurses's preparadness for health promotion through linkage with mutual-aidseef-help groups". *Canadian Journal of Public Health*. 80(2):110-114, Mar., 1989.
- Terris, Milton. "Concepts of Health Promotion : Dualities in public health theory". *Journal of Public Health*. 13(3):267-276, 1992.

_____ "Public health policy for the 1990's". *Journal of Public Health Policy*. 11(3):281-295, 1990.

Thompson, Joy C. "Program evaluation within a health promotion framework". *Canadian Journal of Public Health*. 83(Supl 1):S67-S71, Mar., 1992.

U.S. Department of Health and Human Services. "Strategies promoting health for specific populations". *Journal of Public Health Policy*. 8(3):369-423, 1987.

Weintraub, Jane A. y Burt, Brean A. "Prevention of dental caries by the use of pit-and-fissure sealants". *Journal of Public Health Policy*. 8(4):542-560, 1987.

Zacus, D. "La Participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el Tercer Mundo". *Salud Pública de México*. 30(2):151-174, Mar., 1989.

Libros y otros documentos

Delgado, Hernán. *Población, nutrición, salud familiar y comunitaria*. Guatemala : INCAP, 1980

Eaton, David. *Análisis de la ubicación: una guía para la planificación de servicios de salud*. Austin : ISLAS, 1979.

OPS. *Salud para Todos en el Año 2000: Estrategias*. Washington, D.C. : OPS, 1980.

OPS/OMS. *Riesgos del ambiente humano para la salud*. Washington, D.C.: OPS, 1976. (Publicación Científica; No. 329).

Peña Mohr, Jorge. *Investigación en tecnología de Salud : proceso, disciplina, campo, prioridades*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1985 ◊