

## Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de la salud

### Organizational studies on approach of health determinants

**Adolfo Gerardo Álvarez Pérez,<sup>I</sup> Anai García Fariñas,<sup>II</sup> Armando Rodríguez Salvá,<sup>III</sup> Mariano Bonet Gorbea,<sup>IV</sup> Pol De Vos,<sup>V</sup> Patrick Van Der Stuyft<sup>VI</sup>**

<sup>I</sup> Profesor Auxiliar e Investigador Auxiliar. Departamento de Salud Pública. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Asistente e Investigadora Agregada. Departamento de Salud Pública. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Profesor Auxiliar e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Profesor Auxiliar e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Investigador. Departamento de Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical "Príncipe Leopoldo". Antwerpen, Bélgica.

<sup>VI</sup> Profesor e Investigador. Instituto de Medicina Tropical "Príncipe Leopoldo". Antwerpen, Bélgica.

---

#### RESUMEN

No existen muchas publicaciones nacionales o internacionales que traten el tema de los estudios organizacionales como alternativa para evaluar el rol de los servicios de salud en el proceso de producción social de la salud y, en especial, como un determinante de la salud. En el presente artículo se expusieron aspectos relacionados con este tema, se plantearon las base conceptuales de los estudios organizacionales y se justificó la necesidad de implementar este tipo de estudio en los servicios de salud, para explicar a nivel local cómo se produce la mencionada contribución a la salud de la población, cuáles son sus factores de éxito y cuáles son las áreas susceptibles de mejora. Se expuso una metodología derivada de las lecciones aprendidas y de la experiencia que los autores han alcanzado en este campo, durante más de dos décadas de trabajo en el sistema de salud cubano.

**Palabras clave:** Determinantes de la salud, estudios organizacionales, servicios de salud, desarrollo organizacional, clima organizacional, calidad de los servicios.

---

## ABSTRACT

There is a lack of national and international publications on organizational studies as a alternative to assess the role of health services in the process of health social production y, specially as a health determinant. In present paper are exposed features related to this matter, are proposed the conceptual bases of organizational studies in health services to explain at local level how is produced the mentioned contribution for population health, which are its success factor, and which are the areas that be improved. We exposed a methodology derived from learned lessons, and the experience gained by authors in this field during more of two decades of work in Cuban health system.

**Key words:** Health determinants, organizational studies, health services, organizational development, organizational atmosphere, services quality.

---

## INTRODUCCIÓN

Uno de los temas más controvertidos en el estudio de la determinación de la salud<sup>1-3</sup> es el relacionado al cómo abordar investigativamente el tema de los servicios de salud desde una lógica más cercana al proceso de producción sanitario, a la práctica laboral cotidiana, que permita identificar en qué medida variables no tan comunes como la equidad en el acceso o la cobertura se encuentran asociadas a los niveles de salud.

Existen estudios o publicaciones que muestran diferentes relaciones porcentuales de cuánto contribuyen en esos países la organización y funcionamiento (desempeño) de los servicios de salud al comportamiento de la mortalidad general o de las principales causas de muerte.<sup>4,5</sup> Sin embargo, aunque casi todos coinciden en afirmar que los servicios de salud contribuyen en mayor o menor medida a "determinar" esos resultados o niveles de salud, existen pocas propuestas dirigidas a estudiar el "cómo" esas organizaciones se desempeñan para garantizar o determinar esos resultados, o sea, las condiciones organizacionales o laborales concretas en que se dan esos servicios de salud.

Sin lugar a dudas, las condiciones en que se desarrollan los procesos productivos en salud, entiéndanse, las relaciones laborales u organizacionales, constituyen hoy un factor imprescindible en el análisis de cómo los servicios de salud pudieran estar contribuyendo al logro de los objetivos de salud y de cómo se dan las relaciones laborales; por ende permite visualizar no solo la problemática institucional, sino los elementos que la determinan y favorecen el logro de la misión y objetivos institucionales, como pueden ser las prácticas y los principios administrativos en que se dan esas relaciones laborales.

Partiendo de las experiencias previas en este campo,<sup>6-10</sup> y de que la salud pública "es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo"<sup>11</sup> y que

existen una serie de premisas<sup>12</sup> para explicar la determinación de la salud desde una perspectiva de la salud de las poblaciones, o del modelo cubano,<sup>13</sup> resulta imprescindible en estos momentos plantear una propuesta conceptual y metodológica dirigida a estudiar el abordaje organizacional de los servicios de salud para intentar una explicación más transformadora y participativa.

## **LOS SERVICIOS DE SALUD**

Existe consenso en cuanto a que las políticas de salud son el resultado de un proceso mediante el cual un conjunto de ideas genera esfuerzos conscientes en la sociedad y el Estado para proteger y mejorar la salud de la población mediante la organización servicios salud y el desarrollo de los recursos humanos del sector, resultados en los que influyen decisivamente 3 premisas imprescindibles: voluntad política, práctica intersectorial y cohesión social; aspectos que no siempre están presentes y que generan las indeseables desigualdades o inequidades en salud como resultado de que los modelos de gestión y atención estén determinados por el modelo de financiamiento imperante y que por ende impacta sobre los niveles de cobertura, acceso, calidad y efectividad de los servicios de salud.

En términos generales, servicio es el trabajo que se realiza para beneficio de otros, ya sea en su propia persona o en bienes que les pertenezcan. Entre los servicios prestados específicamente a los individuos en su propia persona, que modifican características más profundas relacionadas con su funcionamiento biológico, psicológico y social se encuentra el que recibe un paciente en un consultorio o un hospital; además de los conocimientos que recibe el paciente sobre algún padecimiento o condición particular, así como sobre la forma en que debe actuar para controlarlos.

Por su parte los servicios de salud en Latinoamérica (LLAA) han estado sujetos, en las pasadas dos décadas, a cambios en los niveles de demanda debido a modificaciones en las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, y sobre todo al incremento de los costos de los servicios de salud. Como resultado de estos cambios sectoriales, 20 países de la región han reformado sus sistemas de salud; sin embargo hoy el 50 % de ellos ofrece niveles de cobertura insuficientes. Baste numerar que la cobertura media de servicios de salud en LLAA es de un 53 % de la población total. Según datos de la organización Panamericana de la Salud, apenas Cuba, Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica y Brasil ofrecen una cobertura sanitaria que abarca entre el 86 % y el 100 % de la población. Las principales causas asociadas a estos bajos niveles de cobertura se encuentran asociados a causas macroeconómicas, legales, políticas, culturales, sociales, geográficas, financieras y en muchos casos a la composición de la fuerza laboral.

En un inicio se planteó que los procesos de reforma sectorial estaban dirigidos a fomentar la equidad, mejorar la calidad de la atención, aumentar la eficiencia, asegurar la sostenibilidad e impulsar la participación social, mediante la provisión de una cobertura universal, y de atención con arreglo a la necesidad, de servicios promoción/prevenición/curación/rehabilitación, de servicios eficaces, aceptables, asequibles y gestionables, de fomentar en la comunidad la autorresponsabilidad, de promover el control y reducir dependencia, y de relacionar la acción sanitaria con otros sectores.<sup>14,15</sup>

La triste realidad es que después de casi dos décadas de reformas LLAA todavía se observa una importante falta de equidad en el acceso a los servicios, falta de coordinación entre los actores, asignación ineficiente de recursos y un flujo

insuficiente de recursos hacia el sector salud, aspectos que impactan negativamente sobre los niveles de equidad en el acceso real a los servicios en salud, en la calidad de los servicios recibidos, en la insuficiencia de recursos humanos y financiera, y una insuficiente articulación del sistema. No por gusto diversos estudios señalan que la subregión de LLAA tiene una sobre mortalidad del 50 %.<sup>14,15</sup>

Sin dudas los procesos de reforma deberán estar dirigidos a fortalecer o desarrollar los procesos de regionalización e integración (interna y externa) del sistema de salud a nivel territorial y local, a erradicar o minimizar los factores que pueden limitar el acceso a los servicios, y con este los niveles de atención, la cobertura y la accesibilidad, garantizando una adecuada funcionabilidad del sistema en cada nivel y por ende elevar los niveles de satisfacción de la población y prestadores, lo cual traería consigo el tan necesario impacto social de las organizaciones de salud.<sup>16-18</sup>

En Cuba, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha mantenido, desde su creación a principios de los años sesenta, en un permanente proceso de reformas, con su carácter único, público, integral de las acciones de salud con especial acento preventivo.<sup>19</sup> La integración de todas las unidades conformó una red de instituciones agrupadas en tres niveles de atenciones primario, pilar fundamental para el desarrollo de las actividades de promoción de salud y la prevención de enfermedades, secundario y terciario-, coordinadas entre sí y amparadas en la ley del derecho a su uso, sin distinción alguna de persona y de manera gratuita. Los principios que rigen la salud pública en Cuba son el carácter estatal y social de la medicina, la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la orientación profiláctica, la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, la participación de la comunidad y la colaboración internacional. El mayor énfasis se ha centrado en las actividades preventivo-curativas dirigidas a los individuos, la familia y la comunidad.<sup>20</sup>

El SNS se estructura en tres niveles que se corresponden con la estructura político-administrativa del país. El nivel nacional está representado por el Ministerio de Salud Pública y es el órgano rector con funciones metodológicas, normativas y de coordinación y control al cual se le subordinan directamente los centros universitarios, institutos, algunos centros hospitalarios, centros de distribución y comercializadoras de suministros y tecnologías médicas, así como otros centros y entidades nacionales destinados a actividades técnicas y de apoyo. Los otros dos niveles están representados por las direcciones provinciales y municipales que agrupan las instituciones de salud a su respectivo nivel y que, al igual que en el nivel central, se subordinan desde el punto de vista administrativo a las estructuras de Gobierno en los distintos niveles organizativos, representan sus intereses ante ellos y dan respuesta a las demandas y necesidades de la población.<sup>20</sup>

Los estudios organizacionales del SNS cubano deberán considerar, como un elemento imprescindible para explicar las relaciones de producción en el sistema, el estudio minucioso mediante una "radiografía organizacional" del nivel primario de atención, entendido como un pilar o baluarte en el logro de los resultados del sistema. Baste recordar que con el surgimiento del Policlínico Integral en 1964 se introdujeron en el sistema de salud los conceptos relativos a la medicina integral con carácter preventivo-curativo, lo cual fue seguido de la división poblacional en áreas de salud para desarrollar los programas básicos de salud y del modelo de la medicina en la comunidad con la creación de la policlínica docente en 1974, hasta llegar al modelo actual del médico y enfermera de la familia en 1984, que se valora como la más alta expresión del SNS, con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de la población cubana.

## Algunos conceptos preliminares

Como el objetivo de este trabajo radica en introducir a los estudios organizacionales en servicios de salud como modalidad de investigación cualitativa en el abordaje de los determinantes de la salud es oportuno conceptualizar u operacionalizar algunas variables con las que se trabajará en el acápite metodológico.

Desde hace algunos años se estudia la salud pública como sistema y por ende se evalúa el desempeño del sistema como un todo y como la suma de sus partes, para lo cual hacía falta la definición de subconjuntos específicos más homogéneos: *las funciones esenciales de la salud pública*,<sup>11</sup> que sin lugar a dudas deben considerarse a la hora de organizar los servicios de salud bien sea mediante un proceso de regionalización basado en los principios de la descentralización y desconcentración de los servicios de salud y sobre todo deben tomarse en cuenta a la hora de desarrollar una evaluación del desempeño del sistema y los servicios de salud, independientemente del nivel en que se encuentra.

Existe consenso acerca de que las funciones esenciales se llevan a cabo sobre objetos sustantivos de su campo de actuación, tales como la salud ambiental, la salud ocupacional, la salud materno-infantil, las enfermedades transmisibles y las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras. Resulta imprescindible diferenciar las funciones estructurales de las áreas o campos de actuación programáticos; con vistas a la selección de las funciones esenciales destinadas al proceso de desarrollo de la capacidad institucional del sector en materia de salud pública.

Se entiende como *funciones esenciales de la salud pública*<sup>11</sup> al conjunto de acciones y responsabilidades que deben ser desarrolladas y asumidas por la salud pública para lograr la mejoría de la salud de las poblaciones; o sea las condiciones que permiten un mejor desempeño de las prácticas en salud pública. Ya se ha señalado, en entregas anteriores, que han sido identificadas como parte del ejercicio realizado en la Región de las Américas, 11 funciones esenciales de la salud pública, pero que no se trata de un número de funciones establecido a priori, sino que es el producto de un proceso de análisis, definición de criterios básicos, discusión y pruebas de campo que han llevado a su determinación.

Un segundo aspecto está relacionado con lo que se pudiera llamar el *diagnóstico organizacional*, o sea un análisis de la salud interna de una organización de salud en función de las necesidades de los usuarios, de los prestadores y del entorno institucional. No cabe lugar a dudas que el desarrollo actual de la psicología organizacional, campo en el cual el sector salud todavía tiene deudas conceptuales importantes, permite utilizar toda una serie de herramientas o instrumentos muy oportunos para explicar el funcionamiento institucional y detectar las situaciones susceptibles de mejora oportunamente; de ahí la necesidad de contar con un esfuerzo multidisciplinario que permita contar desde la perspectiva de la distintas áreas de experticia y saber, una actitud crítica e innovadora que permita aplicar, adecuar y desarrollar nuevas técnicas y procedimientos acordes a sus conocimientos.

No se puede olvidar el *clima organizacional*, que es la percepción individual de diferentes aspectos de la institución de salud vista como organización (en este caso del liderazgo, la motivación, la reciprocidad y la participación) lo que algunos autores han llamado un análisis cualitativo de la calidad de vida en que se prestan y reciben los servicios de salud. Sin embargo otros se empeñan en analizar de manera cuantitativa, como resultado de ese paradigma positivista que impera en el

sector salud, o de esa tendencia nefasta conocida en gerencia y en política como el "fetichismo por las cifras", uno de los males organizacionales al decir de Deming.

Sin lugar a dudas una buena medida de cómo se encuentra el funcionamiento de la institución de salud, lo constituye el resultado de la aplicación de un inventario de clima organizacional, sin descuidar que este concepto se encuentra referido a la percepción de los trabajadores con respecto a la institución en que labora, de ahí que el clima organizacional refleje la rica interacción que se produce entre las características personales y organizacionales.

Las interacciones de los diversos subsistemas organizacionales dan lugar al ambiente de trabajo o clima organizacional, producto de las percepciones de los miembros, lo que induce a determinados comportamientos en los individuos e incide en la organización, y por ende, en sus resultados. No se puede olvidar tampoco que estudiar el clima de un centro de salud siempre refiere las características más o menos estables de ese ambiente de trabajo, que este es percibido por los actores que se desempeñan en ese ambiente, y que por ende afecta el comportamiento laboral, pero a su vez interviene como regulador del comportamiento individual y es un reflejo distintivo de cada entidad e incluso de áreas concretas de una unidad.

El tema de la calidad de los servicios es más controvertido aún, ya que al decir de *Marquet*<sup>21</sup> "si se tratara de una simple cuestión de método, hace tiempo que tendríamos unos excelentes servicios de atención primaria...la calidad en atención primaria puede ser algo muy racional, técnico, basado en la evidencia, medible, pero siempre acompañado de algo emocional, sutil, de detalle". De ahí la necesidad de ver el tema de la determinación ligado no solo a los resultados de salud, sino a cómo se organizan y se brindan los servicios de salud, a cómo es el clima en que se dan esas relaciones de producción que llamamos atención médica de forma generalizada, a cómo se propicia un adecuado desarrollo del capital humano y por ende un mejoramiento continuo de su desempeño.

Los primeros esfuerzos documentados para evaluar la calidad de la atención médica proporcionada datan del siglo XIX, cuando en el marco de la Guerra de Crimea Florencia Nightingale logró no solo mejorar los niveles de la calidad de los servicios prestados sino reducir significativamente la mortalidad de los pacientes atendidos en su institución de campaña, experiencia que le ha permitido a diversos expertos reconocer que en materia de calidad asistencial, después de esa experiencia desarrollada por Nightingale poco han sido los aportes.

Sin embargo existe la tendencia errónea de creer que la calidad es exclusivamente la expresión del resultado técnico de la atención en un servicio o institución, lo cual lleva a pensar que la calidad es sólo el producto del quehacer diario de algunas personas o grupos de la organización, y no la razón de ser de todos y con todos en la institución. La calidad es un esfuerzo colectivo, que involucra a todos y que debe estar muy vinculada a la misión institucional, los objetivos de trabajo, las estrategias y los programas institucionales.

En los años 80 del pasado siglo XX, se realizaron importantes avances en los programas de evaluación y mejoría de la *calidad*. Por ejemplo en España autores como Otero, Saturno y Marquet, siguiendo las aportaciones de autores ya para ese entonces clásicos en el tema como Donabedian y Palmer, se pasa de los estudios de proceso, centrados en el trabajo de los profesionales, a la evaluación de la calidad en la prestación de servicios, incluyendo la opinión de los propios pacientes sobre el servicio recibido.

Al hablar de "calidad" se está ante un concepto en continua evolución, que ha ido matizándose y enriqueciéndose con el desarrollo industrial y social de cada época, y que continuará haciéndolo en paralelo a aquel. En el sector salud también se ha venido implantando y desarrollando enfoques, métodos y técnicas para ganar calidad, tales como las propuestas de "evaluación de la calidad", "garantía de la calidad" y "mejora continua de la calidad", entre otras.<sup>22,23</sup>

Es muy importante comprender el carácter relativo del concepto de calidad, que puede definirse y estudiarse a través de niveles (estructura, proceso y resultados) y de dimensiones (accesibilidad, efectividad, eficiencia, satisfacción), variables que se pueden estudiar y explicar según la lógica sistémica desde una lógica de la calidad en general, de la calidad de los servicios de salud y de la calidad de un servicio concreto. Las dimensiones más frecuentemente estudiadas en Cuba y aquéllas sobre las que usualmente se trabajan son la accesibilidad, cobertura, calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia y satisfacción.

Al decir de *Saturno*,<sup>22,23</sup> la calidad de la atención es la expresión de unos servicios de salud accesibles y equitativos, con prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida, y se expresa en aceptable y no aceptable. Aquí se instala otro concepto importante, el de *actividad trazadora*, visto como aquella actividad que por su frecuencia, importancia, repercusión en la salud, satisfacción de los usuarios o posibilidad de modificarse de acuerdo con la calidad con que se realice, puede servir de patrón para evaluar la calidad del servicio que se brinda en una institución.

## **LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Un elemento esencial para considerar en el proceso de producción de servicios de salud es al capital humano,<sup>24</sup> que se desempeña en los servicios de salud y que a los efectos de esta publicación se denominará *recursos humanos en salud*, entendiéndolo como tal a las personas que a través del desarrollo y la aplicación de saber y tecnología específicos contribuyen con su trabajo a resolver problemas de salud de la población.<sup>25</sup>

Aunque existen diversas propuestas regionales dirigidas al abordaje de este tema de la gestión de los recursos humanos,<sup>26-28</sup> como diría Brito es frecuente escuchar a las personas que toman decisiones estratégicas en los procesos de reforma, sectorial que los recursos humanos son el elemento esencial de los servicios de salud, que son la principal ventaja competitiva de dichos servicios. Sin embargo no es frecuente observar en dichos procesos y sus expresiones de política o de proyectos "evidencias" de tal importancia,<sup>29-31</sup> a pesar de que este personal que labora en esos servicios de salud y que pone sus competencias (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) en función de producir salud y satisfacción en la población atendida en estrecha armonía con la tecnología disponible<sup>32</sup> es el principal activo institucional.

*Martínez y Martineau* han abordado en diversas entregas<sup>33-36</sup> cómo introducir diversos elementos relacionados con la gestión de recursos humanos y el mejoramiento de su desempeño en los sistemas de salud, en especial en el contexto de las reformas sanitarias, aspectos conceptuales y metodológicos que deberán ser revisados si queremos lograr una verdadera gestión descentralizada de los recursos humanos, y a los cuales se podrían añadir experiencias como las

desarrolladas en el marco del Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil.<sup>37</sup>

Según *Senge*, la gestión del conocimiento es el conjunto de prácticas aplicadas por las empresas para identificar, producir, representar y difundir el conocimiento, con la finalidad de reutilizarlo y garantizar el aprendizaje de la organización. Aspectos muy ligados a los objetivos de la institución y dirigida a resultados específicos como la inteligencia compartida, el funcionamiento mejorado, la ventaja competitiva, y los niveles más altos de la innovación. No por gusto este autor ha definido 5 disciplinas que caracterizan a las organizaciones que aprenden y transitan hacia la excelencia: el dominio personal (apertura de espíritu a la realidad y vivir con una actitud creativa y no reactiva), los modelos mentales (son siempre precisos valores y principios), la visión compartida (es importante la cocreación y la visión compartida por todos y cada uno), el aprendizaje en grupo (las leyes del equipo son diálogo y discusión) y por último el pensamiento sistémico (la quinta disciplina, todo está interligado y las organizaciones son sistemas complejos).<sup>38-40</sup>

Pero hoy cambiaron las tendencias laborales; por ejemplo las tareas evolucionaron hacia funciones, las ocupaciones se enriquecieron, el trabajador cualificado es el eje y se observa una movilidad ascendente de la capacitación, de ahí que los componentes de capacitación comprendidos en los planes de mejora deban contemplar como premisas que la educación del personal de salud es y debe ser permanente, que debe estar basada en la capacitación en servicio, en la andragogía, utilizando herramientas como el aprendizaje significativo y el aprendizaje experiencial, siguiendo una lógica del constructivismo cognitivo y la problematización.

Los diseños capacitantes deberán seguir los principios pedagógicos básicos de la andragogía o educación de adultos, deberán tener en cuenta que el profesional que se capacita necesita porque tiene que aprender algo, requiere de cierta autodirección, hay que darle mucho valor de la experiencia y fomentar así el compromiso autónomo de aprender, teniendo en cuenta que las situaciones docentes estén orientadas hacia el desempeño cotidiano y la solución de problemas; además de contar con estímulos internos y externos. No se debe olvidar que el aprendizaje significativo ocurre cuando el tema es relevante a los intereses personales del alumno, y que el aprendizaje de auto-iniciativa es más duradero e impregnador.

Probablemente, al revisar la bibliografía disponible, se encuentra que aspectos como el estudio de las competencias laborales y la evaluación del desempeño individual sean las herramientas más recurrentes en estudios de este tipo, lo cual evidencia carencias en lo relacionado al análisis de los procesos individuales o grupales a nivel de la institución, que son justamente las demandas de información de las áreas de recursos humanos en las instituciones de salud, aspectos que son requeridos para perfilar o diseñar el desempeño individual, el funcionamiento de los distintos grupos de trabajo y el impacto social de la institución, optimizando la toma de decisiones.

## **LA PROPUESTA METODOLÓGICA**

Lo primero que se debe tener claro en este apartado es que se hará referencia a una propuesta metodológica que se inserta del campo del desarrollo organizacional (DO) y que por ende trata acerca de estudiar el funcionamiento, el desarrollo y la efectividad de las organizaciones humanas;<sup>41</sup> considerando que las organizaciones



son un conjunto de roles que se interactúan y que se entrelazan, y dando a ellas la lógica o categoría de sistema, por demás un sistema considerado como abierto y de gran complejidad humana y social, de ahí la necesidad de explorarla como tal, como sistema, al decir de Senge, y sobre todo de colocar a su principal capital, al capital humano en el centro del estudio, del debate, de la transformación, y no sustituirlo por el simple manejo de las cifras que nos indican de alguna manera los resultados obtenidos, en términos de pasado, pero incapaces de predecir "socialmente" los nuevos resultados que pudieran venir.

Si se toma en cuenta la definición de Beckard de que el DO como "un esfuerzo planificado de toda la organización, y administrado desde la alta gerencia, para aumentar la efectividad y bienestar de la organización., por medio de intervenciones planificadas en los procesos de la entidad, las cuales aplican los conocimientos de las ciencias del comportamiento",<sup>42</sup> se coincidiría en que el desarrollo organizacional implica siempre un cambio, de ahí que se base en una estrategia de cambio que tiene implicaciones para todos los involucrados en el proceso por igual. Los programas de DO aplican los servicios científicos y prácticos de las ciencias de la conducta para intervenir en los procesos humanos y sociales de las organizaciones. El DO es una aplicación del conocimiento, las prácticas y las habilidades de las ciencias de la conducta en sistemas reales, en colaboración con los miembros del sistema. Los programas de DO se sustentan en la investigación-acción como método para aprender y hacer aprender acerca de la dinámica del cambio organizacional y hacer o poner en práctica los esfuerzos para el cambio en la institución en particular. Todo programa de DO tiene tres componentes básicos: el diagnóstico, la acción y la administración del programa. El primer paso es diagnosticar el estado de la institución como sistema, del diagnóstico surgen la identificación de los puntos fuertes, las oportunidades y las áreas problema.<sup>43</sup>

Los estudios organizacionales, por lo general poseen un diseño de tipo cualitativo o humanista, de ahí que al hablar de *muestra estructural de los estudios organizacionales* se debe entender que estas no tienen representatividad estadística (los resultados que se obtengan no van a presentar ningún proceso de inferencia), lo que quiere indicar es que se privilegia un *muestreo intencional*, donde se encuentren representados los distintos perfiles que componen la práctica institucional.

Puede usarse también la variante del muestreo aleatorio estratificado porcentual, ya que mediante esta técnica se trata de respetar la variabilidad de la población objeto de estudio. Lo importante es que la muestra la conformen actores de experiencia, expertos en las actividades que realizan, o simplemente actores que tienen las "vivencias" y "percepciones" de cómo se da el proceso de trabajo en una dependencia de dirección en salud o a una institución de concreta. Más importante que la representatividad numérica, es la representatividad cualitativa, o sea que cada espacio de trabajo cuente al menos con una representación en ese estudio.<sup>44</sup>

## **Revisión documental**

Este es el primer momento del estudio y comienza con una revisión de los documentos oficiales, técnicos, históricos y estadísticos existentes en el nivel provincial, municipal y local, incluidas la institución de salud y los servicios trazadores escogidos.<sup>6-8</sup>

Esta revisión estará dirigida a obtener informaciones que permitan definir las posiciones, objetivos y estrategias relacionadas con el tema estudiado, observando dónde se encuentran las contradicciones y los conflictos para poder abordarlos,

buscar conexiones entre temas sensibles e integrales y elaborar un esquema del proceso de análisis.

Estos aspectos permitirán sistematizar toda la información relacionada con el comportamiento de los indicadores básicos del cuadro de salud y de sus determinantes en el período, la organización, el desempeño y los resultados a nivel sectorial e institucional, incluido el impacto social, y las vivencias, argumentos y justificaciones iniciales necesarios para establecer el grado de actualización del tema estudio.

Para el procesamiento de los datos se recomienda el uso del paquete estadístico *SPSS*, aunque existen programas y paquetes informáticos específicos para el abordaje de este tema, que también pueden ser utilizados.

### **La evaluación del desempeño del sistema mediante las funciones esenciales de la salud pública**

Una vez sistematizada la información inicial, que incluye los aspectos mencionados en el apartado anterior, se procede a realizar la evaluación de cómo se cumplen las funciones esenciales de la salud pública (FESP) en ese contexto en particular.<sup>11</sup>

La metodología de evaluación del cumplimiento de las funciones esenciales está basada en la respuesta por consenso del grupo evaluador, o, en su caso, cuando las opiniones sean de importante controversia y no permitan llegar a un acuerdo, se sugiere al país responder negativamente, con el fin de facilitar un análisis posterior más exhaustivo en cuanto a la identificación de desviaciones con respecto al nivel óptimo fijado.

El instrumento diseñado para la medición de las funciones esenciales en la Región contiene una breve introducción que contiene las características del instrumento; las 11 funciones esenciales de la salud pública, cada una con su correspondiente definición, presentadas en un recuadro que contiene las prácticas que identifican la labor propia de cada funciones esenciales y los indicadores, de 3 a 5 por función, cada uno de los cuales consta de a) un estándar del indicador, que describe el óptimo de cumplimiento deseable; b) un conjunto de variables que identifican las características operativas del indicador que son objeto de medición y que se manifiesta en un porcentaje de cumplimiento en función de la respuesta dada a las mediciones; y c) un conjunto de mediciones y submediciones que sirven de verificadores del desempeño de cada variable dentro de cada indicador, que admiten respuestas dicotómicas: afirmativas o negativas.

Para la representación y el análisis de los resultados de la medición, se seguirá la misma lógica de la iniciativa OPS;<sup>11</sup> se establecerá un sistema de puntuación que permita cuantificar las respuestas cualitativas de las mediciones y de las submediciones. De forma complementaria, se desarrollará el criterio para su clasificación como fortalezas o debilidades de las puntuaciones obtenidas en los indicadores y, finalmente, para identificar las áreas de atención e intervención prioritarias en los procesos siguientes de fortalecimiento de la capacidad institucional con el fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud regionalizados.

Finalmente se debe recordar que esta evaluación tiene como principal propósito documentar una experiencia concreta de organización de los servicios de salud y su efecto en el desempeño de las llamadas funciones esenciales.

## **Inventario de clima organizacional**

Una vez sistematizada la información inicial, que incluye los aspectos mencionados en los apartados anteriores, se procede a realizar la evaluación de cómo se expresa el clima organizacional en los tres niveles; pero fundamentalmente a nivel institucional, vale recordar que el nivel provincial es estratégico, el municipal es táctico, y el policlínico y los consultorios conforman el nivel operativo, y que desde esta lógica es interesante conocer, cómo se encuentra el clima en la base, pero también los puntos de encuentro y desencuentros con los niveles superiores.

No se puede pasar por alto que las percepciones, traducidas luego en respuestas del Inventario de Clima Organizacional (ICO) se originan a partir de una gran variedad de factores que pueden y de hecho están relacionados con el liderazgo y las prácticas de dirección, con el sistema formal e informal de la institución, con la estructura, la organización y las consecuencias del comportamiento en el trabajo. Sin lugar a dudas el estudio del clima organizacional tiene su sustento en el análisis de los elementos del sistema social que interactúan con la actividad productiva y las legítimas aspiraciones sociales de calidad de vida que ofrezca posibilidades de bienestar personal y social.

Por eso al realizar un estudio de clima organizacional se deben considerar las características del medio ambiente de trabajo, tener claro que se está recogiendo percepciones directas o indirectas de parte de los trabajadores que se desempeñan en ese medio ambiente, que ese clima puede estar afectando el comportamiento laboral, que es una variable que interviene entre los factores del sistema organizacional y el comportamiento individual, que caracteriza de manera relativamente permanente al centro que se estudia, que es distintiva de cada institución, incluso de cada área institucional, y finalmente que el clima conjuntamente con las estructuras, características organizacionales y el sistema humano componen un sistema interdependiente altamente dinámico.

Se debe por tanto tener claro que el clima organizacional es un fenómeno que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales que a su vez se traducen en un comportamiento individual y colectivo que en última instancia tiene consecuencias sobre la organización, sus resultados y su impacto social (cambios en el comportamiento de los principales indicadores del estado de salud de la población y en los niveles de satisfacción de usuarios y proveedores).

Existen diversos modelos que abordan las dimensiones que explicarían el clima existente en una determinada institución. Cada una de estas dimensiones se relaciona con ciertas propiedades de la organización, tales como la estructura, la responsabilidad, la recompensa, los desafíos, las relaciones, la cooperación, estándares, conflictos e identidad.

El cuestionario que ha sido seleccionado para estudiar o inventariar el clima organizacional<sup>6-8</sup> es un instrumento de tipo proyectivo, que garantiza el carácter estrictamente confidencial de las opiniones emitidas, y reduce los riesgos de la manipulación intencionada de las respuestas, permite identificar las percepciones individuales y grupales sobre la organización en que laboran y que inciden en las motivaciones y el comportamiento de las personas. No es un instrumento de medición psicológica de individuos. Al ser un instrumento confidencial nada obstaculiza la espontánea sinceridad de las respuestas. La información obtenida del cuestionario "Inventario del Clima Organizacional" se registra en las hojas de respuestas, completadas por los propios participantes.

Mediante este instrumento de 80 preguntas, desarrollado y validado en el decenio de 1980 por Marín en varios países de Centroamérica, se analizan las 4 dimensiones básicas del clima organizacional: el liderazgo, la motivación, la reciprocidad y la participación y sus respectivas derivaciones dimensionales.

El instrumento propuesto ha sido validado en distintas iniciativas nacionales e internacionales, constituye por tanto un medio válido y confiable para la medición del clima organizacional. A partir de sus resultados estaremos en condiciones de identificar las percepciones de los trabajadores, los aspectos percibidos por ellos como aquellos de mayor fortaleza para fomentar una cultura institucional participativa y para retroalimentar los hallazgos positivos del comportamiento organizacional; la identificación de los aspectos deficitarios en cambio, deberá servir para el diseño del programa de intervención dirigido a la solución en la medida de las posibilidades sectoriales e institucionales de las necesidades de cada grupo específico de trabajadores en materia de representaciones mentales congruentes con la visión y misión organizacional (cuando existe y se conoce por ellos), estilos de afrontamiento, soporte social, motivación individual y colectiva, valores sociales, institucionales e individuales y de participación y compromiso con el cambio y la acción.

Estos resultados deberán ser llevados a una base de datos, donde son procesados los resultados para su posterior interpretación y representación mediante gráficos, aspecto para el cual se requiere tener presente no solo un profundo marco conceptual organizacional para cada una de las variables del clima organizacional, sino un conocimiento de cómo opera la realidad objeto de estudio, de ahí la necesidad de cruzar los resultados obtenidos con diferentes técnicas.

### **Otros instrumentos individuales**

Con frecuencia se decide a posteriori emplear instrumentos de corte individual<sup>6-8</sup> para profundizar en áreas concretas sobre aquellos aspectos susceptibles de mejora que existen en la institución, en los servicios de salud, desde una perspectiva organizacional, de esta forma se aplicarán instrumentos concretos para estudiar liderazgo o cualesquiera de las dimensiones o variables afectadas, y para las cuales se encuentran diseñados instrumentos o cuestionarios específicos.

Una variante que puede ser utilizada es la de los cuestionarios de preguntas abiertas, que consiste en presentar a los mismos grupos un cuestionario con preguntas abiertas que responden de forma anónima y cuya respuesta se recoge tal y como ha sido expresada sin modificar la redacción. Muchas veces la aplicación de esta variante sustituye a las entrevistas al azar ya que al ser abierto le permite a los entrevistados opinar libremente, y tiene además la ventaja de que se aplica a todos los participantes, no a una parte de ellos. En caso de no aplicarse esta opción se puede entonces emplear la variante de las entrevistas aisladas al azar al personal, entrevistas que son más bien charlas informales con los trabajadores de la institución y del área estudiada, tanto en sus áreas de trabajo como fuera de ellas, y de esta pequeña muestra se emite un informe de las percepciones y vivencias transmitidas o detectadas.

Entre las principales áreas que se exploran mediante estos instrumentos se encuentran las relacionadas con el lugar o área dónde se le ha designado para cumplir con su labor asignada; la labor que demanda todos los conocimientos que tiene el trabajador y que lo involucra con todo el personal del centro, las interacciones de los equipos en términos de líder-colaborador, direccionamiento, monitoreo y soporte a las actividades, las oportunidades de progreso, situaciones

que puede aprovechar para superarse o acceder a otro nivel, expectativas de capacitación y desarrollo, los incentivos monetarios o no que se reciben, la interrelación con sus compañeros de trabajo: con el personal que labora en su misma área de trabajo o en cualquier área y el ambiente y organización en el trabajo, o sea la sensación de pertenencia del trabajador a la institución, mecanismos de comunicación dentro y fuera de la organización, toma de decisiones tanto a nivel individual y grupal.

Las formas de contactar con las personas a entrevistar variarán en cada caso; inicialmente, se partirá de las bases de datos de entidades y de contactos directos y progresivamente, se incluirán a otras personas recomendadas por los mismos entrevistados, el número de entrevistas a realizar se determinará por el "principio de saturación" cuando la información es reiterativa. Se elaborará una guía previa con los objetivos perseguidos y temas a cubrirse en la entrevista, mediante un guión de posibles preguntas orientadoras y abiertas, los temas serán introducidos de la forma menos dirigida posible, para ir guiándolos progresivamente si no emergen de forma espontánea, y se dejarán para el final de la entrevista las preguntas referidas a redes sociales (relaciones entre sectores, entidades y grupos, etc.).

Con el empleo de esta técnica de lo que se trata es de que el entrevistado hable por sí mismo, por su área de trabajo o por la institución de salud en general. En cualquiera de los casos es importante precisar que en cada caso se requiere de una visita inicial para la aplicación de la encuesta, bien del clima o las posteriores, y otra visita posterior para la presentación de resultados y elaborar de conjunto con ellos el plan de acción.

Como se mencionó se aplicarán solo en aquellas áreas institucionales donde existan áreas susceptibles de mejora, y se requieran profundizar en algún aspecto del clima organizacional o del comportamiento organizacional, se desarrollarán en el marco de los estudios de casos en la fase final del estudio, para complementar evidencia sobre los hallazgos de las fases anteriores. Se decidirá un tema que haya sido invocado por los participantes en los grupos focales o nominales como uno de los temas organizacionales de tipo terminal que actúan desde la perspectiva de ellos como determinantes de la salud. De lo que se trata es de recoger una amplia gama de opiniones y puntos de vista, buscando conocer la realidad desde diferentes posicionamientos, intereses y discursos.

## **El desempeño en los servicios de los recursos humanos**

El próximo paso consiste en estudiar el desempeño de los servicios de salud a través de la evaluación de las dimensiones que lo conforman y que ya fueron mencionadas con anterioridad; este paso no se trata de recoger datos para elaborar informes o diseñar diagramas de determinados procesos asistenciales, sino que la información recogida tiene que servir para conocer qué problemas existen y por qué los servicios de salud como determinante de la salud no producen los resultados esperados, con el fin último de mejorar la calidad con que se prestan.<sup>45-</sup>

51

Lo primero es saber qué tipo de evaluación vamos a desarrollar, la mayoría de estos estudios de acuerdo a la relación temporal son de tipo retrospectivos o concurrentes y de acuerdo a quién toma la iniciativa son de tipo externa, y cruzada ya que el sujeto del proceso de producción no se autoevalúa. Es importante establecer criterios válidos y fiables para medir los servicios, así como establecer

estándares de aceptabilidad deseables a los que tendremos que llegar después con las medidas correctoras.

Se debe recordar que el criterio es el aspecto concreto del problema detectado que vamos a medir, para conocer su grado de cumplimiento. Son normas de buena calidad que se establecen; por su parte el indicador mide el grado de cumplimiento de los criterios para poder compararlos con el estándar. Es, pues, el instrumento de medida. Los indicadores se pueden referir a datos de estructura, proceso o resultado. Finalmente el estándar es el nivel mínimo que ha de alcanzar el cumplimiento de un criterio para que sea aceptable. Debe fijarse antes de iniciar la evaluación para no rebajar las pretensiones iniciales y adaptarse a la realidad de las circunstancias en las que se desarrolla el estudio de calidad. Se expresa en porcentajes.

Tras definir los criterios, indicadores de evaluación y estándares de calidad a cumplir, pasamos a la fase de diseño del estudio del nivel de calidad, en la cual es imprescindible contar con la descripción y clasificación de los criterios (lo que vamos a medir), especificando excepciones y aclaraciones a los mismos, las dimensiones a estudiar, los tipos de datos que se van a utilizar, dejando claro si son datos de estructura, proceso o resultado y el lugar de donde se van a extraer los datos: bien sean listados, censos, historias clínicas, etc.

Igualmente se especificarán las unidades de estudio (profesionales, población, el período de estudio y el método de muestreo: sistemático, aleatorio simple, por estratos. Igualmente es aconsejable hacer una representación gráfica de los datos de la evaluación para facilitar su análisis y comprensión, para luego diseñar sobre la base de las áreas susceptibles de mejora, el plan de intervención, que en este caso contemplará resultados esperados relacionados con las deficiencias identificadas con los restantes instrumentos.

### **Talleres de sistematización e integración de resultados e información**

El penúltimo paso es la realización de talleres de sistematización e integración de la información recogida,<sup>13</sup> en este caso organizacional. Este paso se concibe para discutir colectivamente y de manera participativa con los expertos nacionales e internacionales, los resultados preliminares del estudio, las teorías derivadas de la sistematización de estos, y promover la discusión, el enriquecimiento conceptual y vivencial, y la formulación y perfeccionamiento de estos criterios, resultados y teorías derivadas de la experticia colectiva.

Se utilizará una técnica para el análisis estratégico del tema, una matriz DOFA modificada,<sup>52, 53</sup> y de esta forma conocer como la organización impacta sobre el ESP del territorio (un moderador solicitará a un grupo de alrededor de 20 expertos analizar, debatir y sistematizar el comportamiento de esas variables en un cuadrante y posteriormente simplificar las problemáticas y generar consensos, evitando que se oculten las paradojas, contradicciones o conflictos de intereses presentes.

Se podrá utilizar una variante de técnica grupal nominal que combine la técnica de "lluvia de ideas", para la generación y recogida de percepciones, criterios y argumentos, con la técnica de "reducción de listado" para ordenar y jerarquizar las valoraciones y propuestas derivadas de la dinámica o de la sistematización de los resultados obtenidos mediante la aplicación de las técnicas anteriores, igualmente se podrá confeccionar un mapa social (sociograma) en el que se reflejen las posiciones y objetivos de los principales actores.

## Plan de mejora o intervención

Un elemento que debe resultar claro es que un estudio de este tipo solo se justifica si se van a identificar y analizar los problemas que existen en los servicios de salud con el fin de solucionarlos, y que este proceso se haga de conjunto con los actores involucrados en el proceso de producción de salud de manera verdaderamente participativa.

Entonces el primer punto a considerar para comenzar a elaborar el plan de mejora o intervención estratégico<sup>52,53</sup> es la discusión sobre los resultados obtenidos, entre todos los implicados en el tema, buscando la máxima participación de todos ellos, médicos de familia, enfermeras, técnicos, supervisores, con el fin de que las actividades que se diseñen se encuentren aceptadas por el equipo de manera integral, a veces, el solo hecho de discutir los resultados devela a los participantes las posibles alternativas de solución a asumir en cada caso, que posteriormente son consideradas a la hora de elaborar un plan de mejora realista y aceptado por la mayoría del grupo. Para desarrollar esta parte se puede preguntar al grupo sobre las posibles intervenciones a realizar, dependiendo de sus factores causales, los cuales contestan en forma de tormenta de ideas, aspectos todos a considerar y priorizar posteriormente, también pueden emplearse la técnica de votaciones múltiples y el diagrama de afinidades. Las acciones contenidas en los planes de intervención deberán estar dirigidas a alcanzar los resultados esperados relacionados con los problemas de formación, organización o motivación del personal de salud que hayan sido identificados en el centro estudiado.

Resulta vital a esta altura establecer un mecanismo de control (monitoreo) de la adecuada implantación y desarrollo de las medidas correctoras, bien a través del cronograma o diagrama de Gantt, el diagrama de problemas anticipados, o del cartel narrativo o *story board*.

## Consideraciones finales

La propuesta anterior solo representa un intento de sistematización de una experiencia participativa de trabajo para incidir sobre los aspectos organizacionales que determinan la salud de nuestras poblaciones, considerando al cambio desde una perspectiva planeada estratégicamente y no de manera espontánea como resultado de la influencia del entorno o de fuerzas externas, favoreciendo con ello la comunión de tres herramientas gerenciales importantes a considerar: el desarrollo organizacional, la planeación estratégica basada en valores, y el mejoramiento continuo de la calidad, herramientas casi invisibles hoy en nuestro quehacer cotidiano de los servicios de salud en la base, y las cuales habrá más temprano que tarde que incorporar al quehacer cotidiano sanitario si se desea continuar mejorando la realidad epidemiológica y sanitaria del país a partir de las reservas que aún quedan por explotar y contribuir así desde una perspectiva socialista al *management* del siglo XXI, pero se debe hacer de manera científica, "sin agobio" al decir del profesor Carnota, siempre aplicando los principios y herramientas que han sido validados en la administración contemporánea de nuestro país y otras latitudes.<sup>54-56</sup>

A modo de cierre se retoman algunos puntos contenidos en el último Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que en primer lugar señala la necesidad de "alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud"; recordando que "el acceso y la utilización de los servicios de atención de salud es esencial para gozar de

buena salud y alcanzar la equidad sanitaria mencionada", y que "el sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; que influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por estos".

Señala el informe que "los resultados sanitarios de los sistemas de salud son mejores cuando se basan en la atención primaria de salud. Se trata de un modelo que prioriza la puesta en marcha de actuaciones adecuadas a nivel local y engloba un amplio espectro de determinantes sociales, manteniendo un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención, por un lado, y la inversión en intervenciones curativas, por otro, y haciendo hincapié en la importancia del nivel primario de salud y en la existencia de niveles superiores de atención". De ahí que se reitere que "los responsables de los servicios de atención de salud tienen una importante función de rectoría que desempeñar en todos los ámbitos de la sociedad, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria".<sup>57</sup>

Para lograr todo eso, es necesario primero contar con instituciones del primer nivel de atención de salud que sean saludables desde el punto de vista organizacional, de ahí la pertinencia de la propuesta presentada para el mejoramiento del impacto social de estas organizaciones y el fomento de una mejor salud de las poblaciones que atienden actuando sobre los determinantes de la salud.

En síntesis, se ha realizado un breve repaso conceptual acerca de cómo se relacionan los estudios organizacionales y el proceso de determinación de la salud. La salud es el resultado de un proceso de producción social, donde uno de los elementos o factores clave lo constituyen los servicios de salud y el capital humano que en ellos se desempeñan, actores anónimos que con su quehacer han permitido a Cuba tener resultados de salud similares a los de los países del primer mundo, aun en las condiciones más difíciles desde el punto de vista socioeconómico. Corresponde ahora a los salubristas cubanos buscar dónde están las reservas sectoriales y extrasectoriales para el mejoramiento de esa situación de salud, y para eso no basta ya con el estudio y explicación de la situación de salud desde la lógica epidemiológica, hace falta vincular el método epidemiológico al desarrollo de otras ciencias, la administración de salud o gerencia, es una de ellas. Sólo contando con una metodología abierta de problematización y transformación organizacional del conjunto de prácticas que se dan en los servicios de salud, solamente considerando las condiciones que se dan concretamente en cada espacio de análisis, se estará en condiciones de conocer realmente cuales son aquellos aspectos organizacionales relacionados con la estructura, el liderazgo, la capacitación, y los incentivos, entre otras variables, que se encuentran afectados en cada lugar, y sobre los cuales hay que intervenir organizacionalmente o formativamente desde una lógica de educación permanente para solucionar los conflictos y corregir las deficiencias aún presentes en la práctica de los servicios de salud, situaciones que generan inequidades o diferenciales en los niveles de acceso, calidad, efectividad y satisfacción con los servicios, situaciones todas, que en última instancia determinan los niveles de salud de la población a las cuales brindan sus servicios y a las cuales se deben.

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo es el resultado de muchos años de trabajo en el campo de la administración de salud, en especial en lo relacionado con el proceso de gestión de los recursos humanos de salud. Serían muchas las personas con las cuales hemos trabajado este tema y a los cuales debemos muchas de las contribuciones aquí



presentes, pero en especial quisiéramos resaltar la contribución formativa cotidiana que en este campo brindaron al primero de los autores de esta entrega los doctores Pedro Brito, Charles Godúe, María Isabel Rodríguez, Daniel Purcallas, María Alice Roschke, Mario Róvere, Liliana La Rosa, Adolfo Álvarez, Pastor Castell-Floritt, Jorge Hadad, Libertad Martín, Benito Pérez Masa y Leonor Jiménez. Igualmente el autor desea agradecer la contribución y el aprendizaje derivado de la interacción con cerca de una docena de estudiantes a los cuales tuvo la oportunidad de tutelar o asesorar tesis en estos temas, en especial a Annete Pupo, Tania Mengana, Anahy Velázquez, Nieves Camacho y Carolina Leite, entre otras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez AG, García A, Bonet MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública. [serie en Internet]. 2007; 33(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_02\\_07/spu13207.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu13207.htm)
2. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet MH. Voluntad política y acción intersectorial; Premisas claves para la determinación social de la salud en Cuba. Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología. [serie en Internet]. 2007; 45(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45\\_2\\_07/hiesu207.html](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_2_07/hiesu207.html)
3. Álvarez AG, García A. Los servicios de salud como factor determinante de la salud de la población cubana en los años noventa. Mesa redonda presentada en el Congreso Higiene y Epidemiología. La Habana, Cuba, octubre de 2007.
4. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Department of Supply and Services, 1974. Also in: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>
5. Alan Dever GE. Epidemiología y Administración de Servicios de salud. Maryland: Aspen Publishers Inc.; 1991.
6. Álvarez AG. Estudio Organizacional del Municipio Marianao. Facultad de Salud Pública. ISCM- La Habana, 1995.
7. Pupo A. Estudio Organizacional del Centro Internacional de la Tercera Edad. Tesis de Grado tutorada por el primer autor. Centro de Estudio de Técnicas de Dirección. Facultad de Economía. Universidad de la Habana. La Habana; 2000.
8. Álvarez AG. Evaluación de la calidad de los servicios del Cardiocentro del Hospital Pediátrico William Soler, Facultad de Salud Pública. ISCM- La Habana; 1996.
9. Martín L, Álvarez AG. Sesgos Cognoscitivos del Gerente: Su influencia en la toma de decisiones. Rev. Cubana de Salud Pública. 2000;26(1):5-11.
10. Álvarez AG, García A; Rodríguez A, Bonet MH, De Vos P, Van Der Stuyft P. La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología. [serie en Internet]. 2008;46(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45\\_2\\_07/hiesu207.html](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_2_07/hiesu207.html)

11. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington, D.C.; 2002.
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables "La perspectiva canadiense". Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2000.
13. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet MH, De Vos P, y Van Der Stuyft P. Algunas evidencias cualitativas acerca de la determinación de la salud en Cuba. 1989-2000. [en prensa]. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 2009.
14. Solimano G, Isaacs S. De la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana Chilena; 2000.
15. Salinas, H. y Lenz R: Las no reformas de salud en Latinoamérica. Razones que explican su fracaso. Santiago de Chile. 1999
16. De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft P. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. Tropical Medicine and International Health. 2006;11(10): 1604-1612.
17. De Vos P, Dewitte H, Van der Stuyft P. Unhealthy European Health Policy. International Journal of Health Services. 2004;34(2): 255-269.
18. De Vos P. Report from Cuba: No one left abandoned: Cuba's National Health System since 1959 Revolution. International Journal of Health Services. 2005;35(1):189-207.
19. De Vos P, De Ceukelaire W, Bonet M, Van der Stuyft P. Cuba's health system: challenges ahead. Health Policy and Planning 2008;23:288-90.
20. Biblioteca Virtual para la Formación Post Graduada de Directivos del Sector Salud. CD-ROM. ENSAP: versión 2004. ISBN 959-7158-13-2.
21. Marquet Palomer R. Calidad en atención primaria: diez años de errores de los que aprender (o sólo el que anda tropieza). [monografía en Internet]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=9838&desde=losmasleidos>
22. Saturno PJ. Modelos de calidad asistencial en atención primaria. IV Jornadas de calidad en atención primaria de Castilla y León; Junio, 2005.
23. Saturno PJ. Marco conceptual para la gestión de la calidad. Manual del Máster a distancia sobre gestión de la calidad en servicios de salud. Modulo I. Universidad de Murcia; 2003.
24. La Rosa Huertas L. Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social. Lima, Perú: Fundación Ford; 2002.
25. Brito PE. Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Conferencia Magistral en el Congreso Nacional por la Salud y la Vida. Quito. Ecuador. 8 de mayo, 2002.

26. Brito P, Campos F, Novick M. Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales de salud, cambios y oportunidades. Washington: OPS; 1996.
27. Brito P, Clasen M, De Otero Ribeiro E. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicios de salud. En: Educación permanente del personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.
28. Haddad J, Roschke M, Alice C, Davini M. (Eds.). Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.
29. Brito PE. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. Washington, DC: OPS; 1997.
30. Brito PE, Galin P, Novick M. Labour Relations, Employment Conditions and Participation in the Health Sector. Workshop on Global Health Workforce Strategy Anecy, France, 9-12 December 2000.
31. Brito PE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000;8(1/2).
32. Starfield B. Atencao Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, servicios e tecnologia. Brasilia. Ministerio de Saúde: Unesco; 2002
33. Martineau T, Buchan J. HR and the success of health sector reform. "Eliminating Health Disparities". 128th Annual Meeting of the American Public Health Association. Boston. 12 to 16 November, 2000
34. Martínez J, Martineau T. Human resources in the health sector: an international perspective. Issues paper. London: DFID Health Systems Resource Centre; 2002.
35. Martínez J, Martineau T. Human resources in the health sector. Guidelines for appraisal and strategic development. "Health and Development series": Working Paper No.1 European Commission, Directorate General for Development, Human and social development unit, Brussels, Belgium; 1997
36. Martínez J, Martineau T. Introducing Performance Management in National Health Systems: issues on policy and implementation. An IHSD Issues Note, Barcelona, Spain; 2001.
37. Regina Pierantoni C, Christina Varella T, França T. Recursos humanos y gestión del trabajo en salud: de la teoría a la práctica. Estudios y Análisis. Vol. 2. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil. Disponible en: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Livro\\_inteiro\\_portugu%C3%AAs.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Livro_inteiro_portugu%C3%AAs.pdf)
38. Senge PM. La Quinta Disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Barcelona: Editorial Granica; 1998.
39. Senge PM, Kleiner A, Roberts C, Ross R, Roth G, Smith B. La Danza del Cambio. Los retos de sostener el impulso en organizaciones abiertas al aprendizaje. Bogotá: Editorial Norma; 2000.
40. The MIT 21 Century Manifesto Working Group. What do we really want? A manifesto for the organizations of the 21 Century. Discussion Paper. MIT; November 1999.

41. Robbins Stephen P. Comportamiento Organizacional. Teoría y Práctica. 7ma. Edición. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.; 1996.
42. Beckard R. Desarrollo organizacional: estrategias y modelos. Edit. Addison-Wesley Publishing Company, Inc.; 1969. p.10.
43. Bennis W. Desarrollo organizacional. Su naturaleza, origen y sus perspectivas. México: Edición Sitesa; 1987.
44. Berry M. ¿Para qué sirve la investigación en una empresa? Confrontación de experiencias francesas y estadounidenses en management. Realidad Económica (Argentina). 1999;(165):125-43.
45. Pérez Maza BA. La gestión de calidad y la clínica. Boletín del Ateneo "Juan César García". 1996; 4(12):113-21.
46. Saturno Hernández PJ. La definición de la calidad de la atención. Garantía de la calidad en APS. Barcelona; 1992.
47. Saturno PI. Garantía de calidad en atención primaria. Barcelona: Editorial Doyma; 1993. Pp. 7-16.
48. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad asistencial. Salud Pública Mex 1993;35:238-47.
49. Donabedian A. Una exploración conceptual; la definición de calidad asistencial. La Prensa Mexicana. 1982;1-39.
50. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Primera y Segunda parte. Control de la Calidad Asistencial. España; 1991.
51. Donabedian A. Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio. Perspectiva en Salud Pública. México,D.F; Secretaría de Salud; 1990.
52. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Recursos Humanos No.18. Washington D.C.; 1994.
53. Álvarez AS, Álvarez AG. Planificación Estratégica de Intervenciones en Salud. ENSAP. La Habana: ECIMED; 1998.
54. Drucker P. Management, challenges for the 21st century. Nueva York: Harper Collins; 1999.
55. Carnota O. Gerencia sin agobio. Un aporte a la eficiencia personal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
56. Carnota O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
57. Organización Mundial de la Salud/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra. Suiza; 2008.

*Adolfo Gerardo Álvarez Pérez.* Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta #1158, entre Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad Habana, Cuba. CP 1300.

Correo electrónico: [adolfo@inhem.sld.cu](mailto:adolfo@inhem.sld.cu); [alvareza@infomed.sld.cu](mailto:alvareza@infomed.sld.cu)