



Ministerio de Salud Pública  
Escuela Nacional de Salud Pública

Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de  
salud del primer nivel de atención. Cuba, 2013

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud

Autor: M. Cs. Pedro López Puig.

Tutores:

Dr. Cs. Pastor Castell-Florit Serrate.

Dra. C. Julia Maricela Torres Esperón.

Dr. C. Héctor Demetrio Bayarre Veá.

Asesora: Dra. C. Julia Silvia Pérez Piñero.

**La Habana**

**2013**

## **Agradecimientos:**

Tener la oportunidad de presentarse a la defensa de un doctorado, implica el concurso de muchas personas que aportan semillas del árbol de la ciencia al labrador candidato. Este trabajo tiene huerto en las enseñanzas que recibí durante mi paso por la maestría de atención primaria de salud. El primer agradecimiento, es para todo ese conjunto de profesores que supo llevar el valor de la ciencia hasta mi ser consciente. Quisiera mencionar por su nombre a un grupo de ellos que desde su posición, su acción o su sabia consejería, aportaron sustancia al esfuerzo que hoy concluye. De esta forma no puedo dejar de recordar a los profesores: Dr. C. Orlando Carnota Lauzán, Dra. C. Nereida Rojo Pérez, Dr. C. Luis Carlos Silva Ayçaguer, Dr. C. Antonio F. Granda Ibarra, Dra. C. Carmen Santos Hernández, Dr. C. Francisco Raúl Rojas Ochoa (*que me hizo su heredero*), Dra. Cs. Silvia Isabel Martínez Calvo (*que tanto me ha enseñado*), Dra. C. Nery de la Concepción Suárez Lugo, Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso, Dra. Irene Perdomo Victoria, Dra. C. María del Carmen Pría Barros, Dra. C. Aida Leonor Rodríguez Cabrera, Dra. C. Carmen Arocha Mariño, Dra. C. Estela Gispert Abreu, Dra. C. Magaly Miriam Iglesias Duquesne, Dra. C. Ana María Gálvez González, Dra. C. Giselda Sanabria Ramos, Dra. C. Ileana Elena Castañeda Abascal, Dra. C. Lic. Leticia Artilles Visbal, Dra. C. Isabel de Lourdes Louro Bernal, Dr. C. Benito Alberto Pérez Maza, Dr. Pablo Resik Habib, Dra. Ivonne E. Fernández Díaz, Dra. Carmen Teresita Valenti Pérez, Lic. Silvio Faustino Soler Cárdenas. Sería imperdonable no mencionar a las profesoras: Dra. Alina Segredo Pérez, Dra. C. Zoe Díaz Bernal, Dra. C. Ana Julia García Milian, por su fuerte presencia en cada momento de la investigación y sus valiosos aportes para la misma.

Dedico un especial reconocimiento a los trabajadores del departamento de Recursos Humanos de la ENSAP: Felix Porraspita Deniz, Lila Bolaños Miranda, Yaritza Fonseca Lía, Alina Suárez Solano, Diana Blanco Fernández y Martha Paez D'Atri, pues sin su apoyo incondicional y su actitud diaria ante el trabajo no hubiera podido realizarme como profesional de la docencia y la investigación.

A las profesoras Dra. María Cecilia Santana Espinosa, Dra. Sara Laría Menchaca, Dra. C. Nelcy Martínez Trujillo, Dra. María Esther Álvarez Lauserique, Dra. Rina Milagros Ramis Andalia por sus consejos y oportunas críticas que contribuyeron al avance de este trabajo. Al Dr. Cs. Jorge Bacallao Gallestey porque supo infundirme confianza cuando aún la semilla era tierno hijuelo.

Brindaron sugerencias y aportes los participantes del diplomado para la formación de investigadores en APS del curso 2012-2013 conducido por el Dr. C. Héctor Bayarre Veá. Fueron activos colaboradores los profesores miembros del Dpto. de Atención Primaria de Salud a través de múltiples sugerencias y su valiosa participación en los talleres de perfeccionamiento de este trabajo. Especial agradecimiento a la Dra. Lilia González Cárdenas y la Dra. Violeta R. Herrera Alcazarl.

Al Dr. Carlos Raúl del Pozo por ser un jefe administrativo consecuente, por su valioso y sistemático apoyo en cada paso dado en este trabajo y sus orientaciones en cuanto a los medios de enseñanza. Aportó aliento, afecto y profesionalidad, el Profesor Lázaro Díaz Hernández en su condición de Vicedirector docente. Agradecimiento especial para el Dr. Gregorio Delgado García por su constante cariño y consejería.

El personal de apoyo de la ENSAP reciba mi reconocimiento sincero, pues siempre tuvo presto un medio técnico, garantizó mi conexión a Internet, apoyó los ejercicios de mínimos, predefensa, defensa, mantuvo mi cuerpo alimentado y mi puesto de trabajo limpio.

A mi esposa, que acompañó cada paso con artesana paciencia y dedicó mucho tiempo de su descanso a revisar versión tras versión.

A la licenciada Dania Silva Hernández que amorosamente revisó y rectificó mis entuertos de redacción.

Finalmente quisiera dar un agradecimiento especial a mis tutores y mi asesora por haber confiado en mí, apoyado mi trabajo y dedicado su valioso tiempo a perfeccionarlo.

***Dedicatoria:***

A mi esposa y mi hija

A mi madre

A mi suegra

A la musa de la ciencia y el arte

## SÍNTESIS

Las investigaciones realizadas en sistemas y servicios de salud, identifican consecuencias negativas generadas por una prestación no integrada (fragmentada) en las redes de servicios. En Cuba, la integración en el primer nivel de atención no ha sido estudiada por carecer de procedimientos que permitan su abordaje. El objetivo de este trabajo, es desarrollar un procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración en redes de servicio del primer nivel de atención. Para ello se realizó una investigación de desarrollo entre septiembre del 2008 y marzo del 2013. Se emplearon técnicas para la construcción del marco operacional necesario consistentes en la identificación de bases teóricas, elaboración de definiciones conceptuales y operacionales. Con estos insumos se diseñó un procedimiento metodológico que permitió dar salida al objetivo. La validación incluyó el criterio y consenso de expertos para validez de contenido y pruebas de campo en diez municipios de cinco provincias del país. La evaluación del procedimiento metodológico a partir de los resultados obtenidos en las pruebas de campo permitió identificar criterios de confiabilidad, capacidad discriminativa, oportunidad, utilidad, factibilidad y eficiencia como medidas de su validez.

Se concluye que el procedimiento metodológico desarrollado es válido para ser utilizado por el Sistema Nacional de Salud cubano.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
Objetivo general	5
Objetivos específicos	6
Novedad y aportes	9
<b>CAPÍTULO I. BASES TEÓRICAS Y FUNDAMENTOS PRÁCTICOS PARA UNA INVESTIGACIÓN DE DESARROLLO EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	11
I.I. Teoría General de Sistemas. Sistemas Complejos	12
I.II. Bases teórico-prácticas para el abordaje estratégico de la integración de redes de servicios en el contexto Latinoamericano. Particularidades del modelo de salud cubano	13
I.III. Redes de servicios de salud. Redes Integradas de Servicios de Salud	19
I.IV. Bases teóricas para el diseño y validación de un procedimiento metodológico que permita la caracterización del nivel de integración en redes de servicios	26
I.V. Abordaje de la integración de redes de servicios de salud en el contexto cubano	34
<b>CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA</b>	37
II.I. Generalidades	38
II.II. Aspectos éticos	40
<b>CAPÍTULO III MARCO OPERACIONAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA INTEGRACIÓN ALCANZADA EN UNA RED DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	43
III.I. Técnicas y procedimientos para desarrollar el marco operacional	44
III.II. Resultados	58
III.III. Discusión	70
<b>CAPÍTULO IV: VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CARACTERIZAR EL NIVEL DE INTEGRACIÓN ALCANZADO EN REDES DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	79
IV.I. Técnicas y Procedimientos	80
IV.II. Resultados	92
IV.III. Discusión	99
<b>V. CONCLUSIONES</b>	109
<b>VI. RECOMENDACIONES FINALES</b>	110
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	111
<b>VIII. ANEXOS</b>	140

## INTRODUCCIÓN

El desafío intelectual y práctico de generar con el rigor de la ciencia un procedimiento metodológico capaz de capturar la compleja realidad en que se integran las redes de servicios de salud en la atención primaria, se considerara una necesidad estratégica y un reto para la investigación de desarrollo.

La necesidad estratégica está dada por las investigaciones realizadas en el campo de los sistemas y servicios de salud que identifican un conjunto de consecuencias negativas de una prestación y gestión no integrada y lo vinculan con el bajo desempeño general de los sistemas de salud, que justificarían la inversión en tiempo y recursos en este tema. Las dificultades con la integración, también llamada fragmentación, puede generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en la cobertura y el acceso a los servicios, baja calidad técnica en las prestaciones, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos, y poca satisfacción de los usuarios con los servicios de salud recibidos.<sup>1,2</sup>

El desafío intelectual tiene uno de sus orígenes en el área conceptual. Se define un sistema integrado de redes de servicios de salud como "Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve".<sup>3,4</sup>

La Organización Mundial de la Salud, define la integración, como la "gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud".<sup>5</sup>

Un análisis apriorístico de estas definiciones nos introduce en un complejo sistema de representaciones y modelos de la realidad asociados a la teoría general de los sistemas y en particular a una inmersión en el análisis de sistemas complejos.

El desafío práctico de la integración tiene en el caso cubano un sistema único de prestación de servicios de salud que armoniza el mandato constitucional recogido en el artículo 50, la Ley 41 de salud y su estructura regulatoria, con el diseño e implementación de un modelo que integra las funciones inherentes a los sistemas sanitarios: prestación de servicios, rectoría y gestión, financiamiento y articulación.<sup>6,7</sup> No se encuentran referentes en el continente americano de un sistema sanitario público universal no dependiente de seguro médico como lo es el cubano, cuya singularidad genera, por consiguiente, un espacio de monitoreo e intervenciones peculiar.

La estrategia de atención primaria de salud en Cuba,<sup>8</sup> por su parte, es el instrumento adoptado por el Ministerio de Salud Pública para desarrollar la organización de las redes de servicios de salud de distinto nivel de complejidad. Dentro de ellas, las redes de servicio del primer nivel de atención incorporan una vasta distribución de unidades de dirección y prestación de servicios de salud para manejar los problemas de la población a la que sirven.

El reto para realizar una investigación de desarrollo surge del siguiente hecho: aunque la integración en el Sistema de Salud cubano está reconocida internacionalmente,<sup>9</sup> no se han realizado investigaciones enfocadas en este aspecto en ninguno de los niveles de dirección, gestión o prestación de servicios. No obstante, se han realizado estudios sobre elementos de la dinámica de los servicios utilizando diferentes enfoques que influyen negativamente, según lo recogido en la literatura, en la integración de las redes. En este sentido, se detectan dificultades con los sistemas de referencia y contrarreferencia,<sup>10,11</sup> la aplicación insuficiente de la intersectorialidad para el manejo de problemas de salud,<sup>12-14</sup> los excesivos programas de salud y su manejo deficiente en los servicios,<sup>15</sup> la insatisfacción de la población con algunos servicios,<sup>16-19</sup> debilidades en cuanto a

competencias y desempeño del recurso humano en el sector de la salud,<sup>20,21</sup> los problemas relacionados con la pertinencia de los servicios de salud,<sup>22,23</sup> inestabilidad en la calidad de algunos servicios prestados<sup>24</sup> y problemas derivados del desconocimiento de los costos de atención.<sup>25-28</sup> En cada una de estas investigaciones, se explora la integración desde una perspectiva singular, como puede ser la participación social y comunitaria en salud.<sup>29</sup> La integración, sin embargo, no está definida en cuanto a su alcance y propósitos para el contexto del Sistema de Salud cubano, ni se han identificado los elementos que permiten o dificultan un funcionamiento integrado de las redes de servicios de salud. No se dispone de criterios, indicadores y menos aún de estándares que permitan evaluar la integración alcanzada. Tampoco se ha explorado la integración desde la perspectiva de los actores involucrados en el funcionamiento de las redes de servicios de salud.

Otro aspecto de análisis sobre la práctica de la integración en el Sistema de Salud cubano se encuentra en la información que se brinda a los especialistas en medicina general integral sobre la integración. En textos básicos del programa de formación se recogen aspectos relacionados con la temática desde diferentes aproximaciones. Se habla de la integración de las funciones asistencial, administrativa, docente e investigativa en los Equipos Básicos de Salud del nivel primario de atención en la práctica de los servicios. La integración, entre los principios de accesibilidad, universalidad, continuidad, responsabilidad, gratuidad e internacionalismo, es otro elemento a considerar. Se menciona la integración de los componentes de la medicina familiar: primer contacto, responsabilidad, atención integral, continuidad y coordinación y por último, sin pretender agotarlos todos, la integración de los pilares fundamentales de la atención primaria: participación comunitaria, participación intersectorial, descentralización y tecnología apropiada.<sup>30</sup> Es pues la noción de integración, un componente de los procesos formativos que no ha sido explorado en cuanto a su desempeño dentro del sistema.

La integración se puede identificar a través de los procesos que regulan la articulación en los distintos niveles de atención entre territorios e instituciones de distinto o igual grado de complejidad, entre programas de salud, lo normado, la práctica de dirección y el modelo de prestación de servicios.<sup>1</sup> Un campo particularmente amplio y no explorado implicaría a los componentes de la integración asociados a la red de servicios de salud del primer nivel de atención dada su extensión, acceso, cobertura y ser la puerta de entrada para atender la mayor parte de los problemas de salud de la población.<sup>31</sup>

En el mes de octubre del 2010, el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, emitió un documento de trabajo titulado "Transformaciones Necesarias en el Sistema de Salud", citado en la página de inicio del portal de INFOMED en ese mismo mes recoge: "Contamos con un único sistema de salud, que por sus funciones, es el que establece el vínculo directo con el pueblo, con sus hombres, mujeres, niños y ancianos, toda la vida, desde antes de nacer, hasta que mueren; todo lo que suceda en nuestras instituciones, repercute de forma positiva o negativa en la vida social de las personas(...)". "Para el cumplimiento de estas misiones (...) se requiere una integración total (...)".

Por su parte, las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015,<sup>32,33</sup> diseñadas en el 2006 y que han servido de base para la construcción de los objetivos de trabajo de cada año del Ministerio de Salud Pública,<sup>34,35</sup> explicitan en muchos de sus propósitos la necesaria integración del sistema sanitario, lo que hace de su mejora continua, un proceso deseable para el logro de las metas en salud. Sin embargo, no se ha realizado un análisis sobre la temática en el contexto cubano que incluya una revisión crítica de los conceptos de integración propuestos internacionalmente y que valore la construcción de una definición autóctona que recoja las particularidades de estos conceptos para el país; tampoco se han identificados las posibles dimensiones, entendidas como campos de estudio de la integración, y su incorporación en el diseño estructural del modelo cubano de Atención Primaria y en la delineación de procesos, necesarios para la búsqueda de sostenibilidad

y manejo oportuno de los problemas de salud de la población. Por último, no se ha desarrollado un procedimiento capaz de caracterizar el nivel de integración alcanzado en un momento histórico concreto.

El esquema organizacional del Sistema Nacional de Salud, incorpora tres niveles de prestación de servicios, el primer nivel de atención, también conocido como nivel primario de atención, gestiona la mayor parte de la demanda de salud (alrededor del 80 %).<sup>36</sup> En él se realizaron el 65,56 % del total de consultas en el país durante el 2012.<sup>37</sup> Es por ello que la integración de su red de servicios cobra especial importancia para garantizar el continuo de prestación de salud tanto horizontal como vertical. La integración es además un componente crucial para el sostenimiento de los servicios en cuanto a logística, soporte clínico, medicamentos y recursos humanos y es una meta de valor estratégico consignada en los propósitos para el 2015, desarrollada e impulsada en el proceso de transformaciones del sector.

Sobre la base de estos aspectos, el problema de investigación quedó definido por la falta de un procedimiento que permita caracterizar la integración alcanzada en el primer nivel de atención del Sistema Sanitario cubano y se concreta a través de la siguiente interrogante:

¿Cuáles serían los elementos que integrarían un procedimiento para caracterizar la integración en el primer nivel de atención del sistema sanitario cubano?

¿En qué medida el procedimiento propuesto cumple con los atributos de fiabilidad y validez requeridos para su empleo en el diagnóstico de la integración en el primer nivel de atención del sistema sanitario cubano?

A partir de estas preguntas se establecieron los siguientes objetivos:

#### **Objetivo general**

Desarrollar un procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración alcanzado en redes de servicio de salud del primer nivel de atención en Cuba.

## Objetivos específicos

- Diseñar el marco operacional para caracterizar la integración en las redes de servicios de salud del nivel primario de atención.
- Evaluar el procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración en redes de servicio de salud del nivel primario de atención.

Para dar salida a los objetivos, se realizó una investigación de desarrollo que abarcó el período comprendido desde octubre de 2008 a marzo de 2013. La investigación se articuló en dos fases, en la primera se trabajó para construir el marco operacional que sustenta la investigación y en la segunda fase se evaluó el procedimiento metodológico diseñado en la construcción de este marco operacional.

Los resultados obtenidos en ambas fases se presentan en cuatro capítulos, los tres primeros recogen los correspondientes a la primera fase y en el cuarto capítulo, los de la segunda fase.

En el primer capítulo se exponen las fuentes teóricas y prácticas para la construcción y evaluación de un procedimiento que permita caracterizar el nivel de integración en redes de servicios de salud en el contexto cubano, en el segundo capítulo se explica la metodología seguida para diseñar el marco operacional que posibilite llevar a vías de hecho la caracterización del nivel de integración en el primer nivel de atención y los aspectos éticos considerados durante la investigación. En el tercer y cuarto capítulos se detallan las técnicas, procedimientos, resultados y discusión de la primera y segunda fase de la investigación, respectivamente.

Para construir el marco operacional (fase I) se aplicaron técnicas con la finalidad de determinar validez de contenido y búsqueda de consenso en grupos de expertos que cumplieron los requisitos de inclusión definidos. Esta fase generó una definición de integración para el sistema sanitario cubano y sus dimensiones de estudio: Modelo de Atención Médica Integral, Dirección y Organización, Presupuesto y Estímulo.

A partir de estas dimensiones se identificaron, adecuaron y distribuyeron los atributos de la integración para la red de servicios de salud del primer nivel de atención cubana. Una vez seleccionados los atributos, se diseñaron metas de integración a cada uno de ellos y seguidamente, los criterios de integración que deberían considerarse en cada meta para su cumplimiento.

Se diseñó a continuación un procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración alcanzado en una red de servicios del primer nivel de atención, que incorporó un instrumento (cuestionario) para la captura de información que recogió la percepción de directivos y prestadores e incorporó una escala ordinal en tres categorías: integración, integración parcial y fragmentación. El procedimiento metodológico permite el cálculo de un índice de integración para cada meta y global de la red, que considera la función de directivos y prestadores. El índice de integración para cada meta se calculó además tomando en cuenta la totalidad de la muestra de estudio y uno global para la red de servicios de cada territorio. Se utilizó un sistema para la calificación del nivel de integración alcanzado en cada criterio, meta y global de la red.

Los productos obtenidos del marco operacional se validaron a partir de criterios de Moriyama<sup>38</sup> para la validez de contenido. Se utilizaron adicionalmente las técnicas Delphi, Grupo Nominal y consultas a expertos en distintos momentos del proceso de construcción del marco operacional según necesidades.<sup>39</sup>

La evaluación del procedimiento metodológico diseñado como parte del marco operacional (fase 2) se realizó a partir de los resultados obtenidos en pruebas de campo. Las técnicas empleadas estuvieron en función de probar la confiabilidad, capacidad discriminativa, oportunidad, factibilidad, eficiencia y utilidad como técnica de soporte para la toma de decisiones por parte de los directivos de las redes exploradas y el Ministerio de Salud Pública como cliente principal. A los resultados de las pruebas de campo se aplicaron los estadígrafos alfa de Cronbach,<sup>40,41</sup> para precisar la confiabilidad del instrumento así como correlación de Pearson y correlación de Spearman para

verificar su capacidad de discriminar diferencias esperadas en la realidad explorada según el procedimiento metodológico.<sup>42-45</sup> Se midió en esta fase el nivel de satisfacción de los usuarios con elementos de la integración como complemento para el análisis de los resultados.

Se tomó como espacio geográfico para la selección muestral el área territorial municipal y su red de servicios del primer nivel de atención.

La selección de los municipios de cada provincia se hizo por criterio de autoridad, a solicitud del Ministerio de Salud Pública, donde siempre estuvo contemplada la capital de la provincia por la cantidad y variedad de servicios con que cuenta así como la mayor presencia de directivos, prestadores y usuarios. Los criterios de inclusión tomados en cuenta por el Ministerio de Salud Pública para la inclusión de los municipios, estuvieron relacionados con el avance en el proceso de transformaciones, el alcance y la complejidad que habían tenido los procesos de compactación, regionalización y reorganización hasta el momento de la planificación de la investigación. Se propuso al MINSAP tomara en cuenta una distribución geográfica que incluyera territorios de la región occidental, central y oriental para tener una perspectiva de país en la distribución muestral.

En la provincia de Pinar del Río se caracterizó el nivel de integración en los municipios Pinar del Río, La Palma y Consolación del Sur; en La Habana los municipios Plaza de la Revolución y Cotorro; en Matanzas, Matanzas y Colón y los municipios de Cienfuegos y Holguín.

Se indagó sobre la satisfacción de usuarios con la atención recibida en el consultorio y el policlínico utilizando *ítems* orientados a la integración de la red de servicios según criterio del equipo de investigación. En el caso de los usuarios la información se recogió mediante un cuestionario aplicado cara a cara.

La muestra quedó conformada por 573 usuarios de servicios de salud, 126 prestadores y 163 dirigentes que laboran en unidades de prestación y de dirección del primer nivel de atención de los municipios seleccionados en el período comprendido entre septiembre y diciembre del 2012.

La novedad de este trabajo está dada por ser el primer desarrollo tecnológico que permite caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención para sistemas de servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud.

Los aportes de esta investigación apuntan al valor teórico, metodológico y práctico de los resultados obtenidos. En este sentido ha de mencionarse:

- Una definición de integración para el contexto de servicios de salud cubano.
- Un conjunto de dimensiones, atributos, metas y criterios de la integración que permiten operacionalizar para la investigación la definición propuesta en el contexto del primer nivel de atención de la estrategia de atención primaria de salud cubana.
- Un procedimiento para caracterizar el nivel de integración alcanzado en el primer nivel de atención, que incorpora un sistema multidimensional para la calificación de la integración alcanzada en una red a partir de índices que toman en cuenta la función de dirección y de prestación.
- La capacidad para realizar mediciones sistemáticas del nivel de integración alcanzado en redes de servicios de salud del primer nivel de atención.
- Se establece una línea de base para intervenciones que desarrollen la integración, que puede constituirse además en referente para el contexto Latinoamericano.
- Pone a disposición de los procesos formativos un marco referencial para el estudio de la integración y la aplicación de sus conceptos a la hora de planificar, implementar, evaluar y mejorar servicios de salud.
- Un conjunto de resultados que pueden servir para identificar las fortalezas y debilidades de las redes del nivel primario de atención y desarrollar intervenciones con posible efecto

económico en los servicios, dado que la integración es reconocida como estrategia que genera eficiencia en el desempeño de las redes de servicios de salud.

CAPÍTULO I. BASES TEÓRICAS Y FUNDAMENTOS PRÁCTICOS PARA UNA  
INVESTIGACIÓN DE DESARROLLO EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD

**Objetivo:** Identificar las bases teórico-prácticas para la investigación de la integración en redes de servicios de salud en el contexto del Sistema Sanitario Cubano.

### **I.I. Teoría General de Sistemas. Sistemas Complejos**

Se define un sistema como “un todo estructurado de elementos, interrelacionados entre sí, organizados por la especie humana con el fin de lograr unos objetivos”. Kaufman lo enuncia como “suma total de partes que funcionan independientemente pero conjuntamente para lograr productos o resultados requeridos, basándose en las necesidades”.<sup>46-48</sup>

Un referente ineludible es Ludwin Von Bertalanffy, quien entre las décadas del 20 y 30 del siglo xx sentó las bases de la Teoría General de los Sistemas<sup>49</sup> donde sistematiza un conjunto de principios universales aplicables a estos. Uno de los propósitos de esta teoría es generar una tendencia hacia la integración en varias ciencias, naturales y sociales. A partir de ella, se clasifican los sistemas en abiertos y cerrados. Los sistemas sociales son siempre abiertos y están en íntima relación con el medio social donde se desenvuelven. La teleología, es una de las características inherentes a los sistemas abiertos entendida como orientación con respecto a sus procesos. Es decir, que cualquier proceso está encaminado a unos objetivos, a unas finalidades. Sin metas es imposible que exista un sistema.<sup>50,51</sup>

Por otra parte, según Beltramino y García, un sistema complejo es “una representación de un recorte de la realidad compleja” conceptualizado como una totalidad organizada (de ahí la denominación de sistema) en la cual los elementos no son “separables” y por lo tanto, no pueden ser estudiados “aisladamente”, es decir, los elementos de un sistema complejo son “interdefinibles”.<sup>52-54</sup>

Adicionalmente, los sistemas complejos reales carecen de límites precisos, por eso los recortes son inevitables, como se dijo desde el concepto mismo de sistema complejo. Los límites son en realidad “condiciones de contorno”, para nombrar todo aquello “fuera” de los límites establecidos pero que interactúan de alguna manera con lo que quedó “adentro”.<sup>52</sup>

Si se pretende entonces, investigar con enfoque sistémico las redes de servicios de salud del primer nivel de atención como subsistema complejo del Sistema Nacional de Salud, implica tomar en cuenta que sus relaciones trascienden los límites que se establecen para su estudio.

### **I.II. Bases teórico-prácticas para el abordaje estratégico de la integración de redes de servicios en el contexto Latinoamericano. Particularidades del modelo de salud cubano**

La respuesta más o menos organizada de un país, a través de las autoridades de gobierno tanto normativas como ejecutivas, a las demandas de salud de la población, está condicionada por varios factores. Dentro de ellos, el modelo socioeconómico adoptado, aunque no es el único a considerar, ejerce particular influencia en la configuración del sistema sanitario del país en cuestión. Se debe tomar en cuenta que “el sistema de salud es un componente de la sociedad en que se inserta y con la que guarda relación de dependencia. A una formación económica social concreta corresponderá un determinado sistema de salud”.<sup>55</sup>

En el ámbito latinoamericano, no obstante la anterior afirmación, se ha configurado a lo largo del tiempo sistemas sanitarios que incorporan varios tipos de arreglos para la prestación de servicios de salud. En términos generales, estas configuraciones recorren un espectro desde la fragmentación y segmentación hasta diversos esquemas de integración que en los últimos 20 años han generado un peculiar marco de intervenciones con inestables resultados en salud.<sup>56</sup>

Tomando en cuenta las brechas en cuanto a lo deseado, se articuló una estrategia regional para impulsar la integración de redes de servicios de salud a partir del 2008, como componente técnico de desarrollo estratégico para una atención primaria de salud renovada<sup>57</sup> que fuera capaz de generar resultados sostenibles de alto impacto en la mejora de indicadores sanitarios. La integración de las redes de servicios optimizaría la capacidad de respuesta de la atención primaria en el contexto de los sistemas y servicios de salud latinoamericanos.<sup>1</sup>

El lanzamiento de una estrategia regional, implica un complejo proceso de articulaciones conceptuales y prácticas. De este modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió entonces la integración, como la "gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud". Este concepto pretende trascender la función "prestación" e introduce el necesario tema de la "gestión" como componente importante a considerar para la sostenibilidad e impacto de los servicios que se prestan. Incorpora la importancia de la continuidad en la prestación desde un enfoque preventivo y curativo a través de los distintos niveles de atención. Sin embargo, a juicio del autor, adolece de integralidad al excluir la promoción de salud y la reinserción social como funciones posibles de los sistemas sanitarios con redes integradas. Excluye también, el enfoque económico necesario para la sostenibilidad de las redes y se posiciona desde una perspectiva medicocentrista que no toma en cuenta el criterio de los usuarios de los servicios de salud y su propia perspectiva de integración.<sup>58</sup>

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó y promovió una definición de redes integradas de servicios de salud a partir de los criterios de Shortell, como "Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve".<sup>4</sup> En este caso, la definición propuesta por la OPS, dada su generalidad, abarca cualquier tipo de arreglo posible, como es el pago directo por los servicios de salud o las distintas formas de aseguramiento; no precisa tampoco el tipo de prestaciones que se incluyen en el continuo coordinado de servicios ni su cobertura poblacional, elementos que definirían el alcance y profundidad en cuanto a la rendición de cuentas de la red integrada.

Debemos considerar que una definición es aquella proposición mediante la cual se trata de exponer de manera unívoca y con precisión la comprensión de un concepto, término, o dicción –si consta de dos o más palabras-, de una expresión o locución. Se alude a determinar, por escrito u oralmente, de modo claro y exacto, las cualidades esenciales del tema implicado. Por consiguiente, una definición es una descripción de un complejo de estado de cosas u objetos, circunstancias o abstracciones que permanecen unidas por medio de una zona de validez, mientras que los conceptos, son construcciones o imágenes mentales, por medio de las cuales comprendemos las experiencias que emergen de la interacción con el entorno. Estas construcciones surgen por medio de la integración en clases o categorías, que agrupan los nuevos conocimientos y las nuevas experiencias con los conocimientos y experiencias que están almacenados en la memoria.<sup>59</sup>

En el contexto de los servicios de salud cubanos, si bien la integración de sus redes de servicio no ha sido definida, operacionalizada ni estudiada, existe, desde la práctica en salud del autor, una amplia experiencia en cuanto a la implementación de un sistema único e integrado, de cobertura universal, que comparte valores, principios, acuerdos, normas, procedimientos, información, recursos materiales, humanos, financiamiento y sistemas de soporte logístico, de dirección y administrativo, para el logro de metas en salud de amplia significación social (anexo 1, tabla 1).

Una vez establecida la noción de integración, es necesario aproximarse a su opuesto, que es la noción de fragmentación en la prestación de salud. Se puede considerar un sistema de salud fragmentado, aquel que exhibe el nivel inferior en el aprovechamiento de la estructura y de los procesos que tienden a garantizar un continuo asistencial integral a cada problema de salud.<sup>58</sup>

Esta definición de fragmentación, introduce la posibilidad de medir el par integración/fragmentación y establecer niveles de integración donde el extremo superior correspondería a un sistema integrado y el inferior a un sistema fragmentado.<sup>58</sup>

Tomando como base las definiciones anteriores, se establecen ejes taxonómicos para clasificar los distintos tipos de sistemas sanitarios. Así se encuentran sistemas fragmentados, como en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Surinam. En términos generales, en estos sistemas existen múltiples prestadores de servicios de salud, públicos y privados, bajo distintas modalidades y esquemas de prestación, financiadores y gestores de soporte clínico y administrativo. La Autoridad Reguladora, llamada Ministerio o Secretaría de Salud es, por lo general débil, tanto en el alcance de sus acciones como en su capacidad de penetración y el acatamiento de sus disposiciones en el entramado complejo de la red de prestación, gestión, articulación y financiamiento. Este tipo de configuración genera grandes desigualdades e inequidades en salud. En un paso intermedio entre la fragmentación y la integración, están los sistemas de aseguramiento mixto regulado, típicos de Argentina, Uruguay y Chile y los sistemas de salud unificados, como en Brasil y Canadá. Estos dos sistemas, con mayor o menor éxito en la búsqueda de la inclusión, el acceso y la equidad en salud; buscan reforzar los elementos reguladores a partir de la Autoridad Sanitaria del país, estandarizar procesos y garantizar, a través de distintos esquemas, la sostenibilidad de la prestación, financiamiento y gestión.

En el otro extremo de este eje taxonómico, están los sistemas públicos integrados, donde clasifican países como Bahamas, Barbados, Costa Rica, Cuba, Granada, Jamaica y Trinidad y Tobago. En términos generales, estos sistemas desarrollan una fuerte actividad de regulación por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional y buscan diseños de prestación de servicios de salud inclusivos, que tienden a generar acceso equitativo en estas prestaciones y a la salud.<sup>56</sup>

En el caso particular del Sistema de Salud Cubano, la Autoridad Reguladora está constituida por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP). El mandato constitucional se regula a través de la Ley No. 41, que se ejecuta a través del MINSAP, las unidades de subordinación nacional y las direcciones provinciales y municipales de salud, subordinadas administrativamente a los Consejos de la

Administración correspondientes. La salud es un valor de alta significación social, con bases históricas en la política nacional que busca la generación de bienestar social, por lo que se hacen mantenidos esfuerzos para que el diseño de prestación de servicios responda a las necesidades de la población. El financiamiento destinado al sostenimiento de los servicios depende, casi en su totalidad, del presupuesto asignado por el gobierno.

A partir de este momento del análisis, es conveniente desarrollar una visión dinámica de los sistemas de salud y sus redes de servicios, como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones. La población presentará siempre una serie de condiciones que constituyen demandas o necesidades de salud, las cuales a su vez requieren, dado su magnitud, complejidad e impacto sobre la sociedad, una respuesta social organizada por parte de las instituciones.<sup>5</sup>

En el caso cubano, el Sistema Nacional de Salud busca responder a las demandas y necesidades de salud de la población a través de unidades con un variado articulado de objetivos sociales y funciones que generan una respuesta de servicios (estructura), los que a su vez llevan a gestionar la disponibilidad de recurso humano capacitado y en formación, el sostén logístico y un diseño de procedimientos con una respuesta de soporte presupuestario.

No obstante, la implementación y desarrollo de un sistema de salud integrado en Cuba, existe en las áreas de dirección, servicios de salud, presupuesto y gestión, fenómenos que se atribuyen a la fragmentación, entre ellos, procesos ineficientes de dirección y administración,<sup>60-62</sup> dificultades en el acceso a los servicios del segundo y tercer nivel de atención y la aparición de listas de espera quirúrgicas;<sup>63-66</sup> la entrega de servicios de cuestionable calidad técnica en cuanto al cumplimiento de las normas, procedimientos y manuales de buenas prácticas,<sup>67-69</sup> la implementación de programas verticales que no se integran con la práctica del primer nivel de atención,<sup>12,70-72</sup> dificultades en el uso compartido de la información para la toma de decisiones,<sup>73</sup> deficiente desempeño profesional y

técnico,<sup>74,75</sup> falta de recursos de soporte y humano,<sup>76,77</sup> problemas con la participación social en salud, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles con la inclusión de medicamentos.<sup>78-81</sup> También se mencionan, el incremento innecesario de los costos de atención a la salud por duplicación de complementarios y remisiones innecesarias para el segundo y tercer nivel de atención de problemas que pueden ser resueltos en el primer nivel y baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, en muchas ocasiones bien justificada.<sup>16,82</sup>

Otras fallas que generan fragmentación en el medio sanitario cubano son la no utilización o utilización limitada de la referencia y contrareferencia, dificultades con la conducción estandarizada de la información sobre los pacientes a través del sistema de servicios a la salud y debilidades en la coordinación intersectorial e intrasectorial para la solución de problemas de salud.

El enfoque fragmentado de procesos en la gestión y la administración, el incumplimiento de la política de cuadros, la falta de comunicación horizontal y vertical entre los servicios, la poca atención al capital humano y valores del personal que labora en el sector, debilidades en el comprometimiento con la misión y problemas en la gestión oportuna del soporte logístico a los servicios, son otros aspectos identificados.

La fragmentación en las redes de servicios genera aumento de los costos, con afectación en la eficiencia del sistema, pérdida de tiempo en la gestión de recursos e impactos negativos en la economía nacional.<sup>83</sup> Existen varios referentes internacionales sobre la importancia de generar investigaciones en el tema de la integración y el necesario abordaje de las causas de la fragmentación para disminuir las inequidades en salud, mejorar el acceso y hacer sostenibles las estrategias sanitarias. Se han impulsado para ello múltiples compromisos que enfatizan la necesidad de avanzar en el cuidado integrado e integral de la salud.<sup>84-86</sup> que el Sistema Sanitario Cubano canaliza a través de la estrategia de atención primaria de salud.

El Programa del Médico y de la Enfermera de la Familia<sup>87</sup> por su parte, busca utilizar recursos humanos calificados como especialistas para el primer nivel de atención y generar un desarrollo estructural y de procesos sin precedente, dado el alcance y cobertura de los servicios.

El Plan de Formación de Recursos Humanos (PFRH) y el desarrollo de servicios del nivel primario de atención, generó un particular escenario para la gestión en las áreas de salud de policlínicos dirigidos y coordinados desde direcciones municipales de salud, subordinadas a su vez metodológicamente, a las direcciones provinciales de salud y administrativamente, a los gobiernos municipales. El área municipal de salud, tiene una distribución de unidades de distinta complejidad y función y la célula básica de atención son los consultorios del médico y la enfermera de la familia.<sup>88,89</sup>

Los cambios ocurridos en las redes de primer nivel de atención subordinadas a las direcciones municipales tienen, en criterio del autor de la tesis, influencia sobre la integración en todos los niveles de la red y por ende, en la percepción que sobre la misma tienen los actores involucrados: usuarios, prestadores y directivos.

### **I.III. Redes de servicios de salud. Redes Integradas de Servicios de Salud**

Para profundizar en la idea de las redes de servicio, es necesario posicionarse en una definición que permita enfocarse hacia los servicios de salud. El término "red", en su concepción genérica, hace referencia a un conjunto de entidades (objetos, personas y otros) conectados entre sí. Por lo tanto, una red permite que circulen elementos materiales o inmateriales entre estas entidades, según reglas bien definidas.<sup>90</sup> El espacio de conexión de las redes está determinado por su estructura y los procesos que en ella se ejecutan. Desde este posicionamiento, se puede pensar en el Sistema de Salud Cubano como una red de entidades que se articulan entre sí a través de normas y procedimientos que son gestionados por personas con distintos roles. De esta forma, las redes de servicios de salud constituyen un complejo entramado de instituciones y unidades con un objeto

social definido, que se conectan entre sí en función de su misión social compartida de mejorar el estado de salud de la población. La “conexión” entre estas instituciones y unidades operativas implica relaciones humanas directas o indirectas, vinculadas a procesos que generan circulación de información, personas, recursos humanos, recursos materiales y financieros.

Los servicios de salud, tienen un comportamiento en red peculiar generado por la multiplicidad de articulaciones e interacciones que en ellos se producen como consecuencia de las relaciones entre los usuarios, los prestadores de servicios de salud y los que dirigen y gestionan el soporte necesario para mantener la vitalidad de los servicios médicos y administrativos.

La importancia del pensamiento en red en el ámbito organizacional de la salud cubana se encuentra, en criterio del autor, en la base para el desarrollo sostenible, eficiente, accesible y con calidad de su red de servicios de salud. A su vez, la medición de la integración alcanzada en la red de servicios de salud, es un elemento a considerar en el complejo entramado de estructuras y procesos de dirección, gestión, prestación y financiamiento, en cuanto a su capacidad para sostener un continuo integral de prestación de servicios de salud.<sup>1</sup>

En el campo de la administración, se analiza cada vez más las redes como modelo organizacional.<sup>91,92</sup> Esta idea se genera en las grandes organizaciones que tienen que manejar productos relativamente uniformes (metas y resultados en salud similares) en lugares totalmente heterogéneos. A partir de allí, se empiezan a crear nuevas formas o vínculos para que las personas puedan hacer cosas parecidas y lograr resultados deseables, a pesar de la autonomía relativa de cada una de las unidades.<sup>93,94</sup>

El funcionamiento en red, no implica automáticamente un funcionamiento integrado de todas sus partes para el logro de objetivos compartidos. Una red, en este sentido, puede mostrar un comportamiento de mayor o menor integración lo que influenciará en sus esperados resultados globales.<sup>58</sup>

Para la incorporación de la lógica de redes y su articulación al pensamiento organizacional del Sistema Cubano de Salud, se debe entender la reproducción institucional y social de estructuras macro como el Estado. Se parte para ello de la siguiente expresión “el Estado institucionaliza la sociedad”,<sup>95</sup> la afirmación anterior se hace sobre un modelo en que la “base” -en definitiva la sociedad- se hace homogénea por la unidad de mando, bajo la misma lógica de los modelos institucionales o del origen de los clásicos de la administración, que decían “la autoridad es el cemento de la organización”.<sup>96</sup> No obstante, en la sociedad cubana del presente, sus instituciones están llamadas a cambiar viejos modelos de dirección y administración, generar desarrollo a partir de toma de decisiones oportunas por los directivos en los distintos niveles de prestación y gestión que se comportan como subsistemas complejos para generar sostenibilidad cambiando viejos esquemas.<sup>93,94,97</sup>

Una dificultad radica en el hecho de que una sociedad organizada está institucionalizada y tiende entonces a funcionar como una pirámide, que genera noción de unidad de mando y control. La unidad de mando, no obstante, asume tensiones por la variedad y riqueza de la sociedad que vive en tiempo de paz.<sup>93,94</sup> Es por ello que la realidad se presenta, con mucha frecuencia, diferente a esta lógica de organización en pirámides, por lo que tales situaciones son interpretadas como sociedad fragmentada por algunos autores.<sup>94</sup>

En este dilema se genera una noción entre una perspectiva integrada, a través de la organización piramidal versus una perspectiva fragmentada, atrapados entre estas dos dimensiones. Esto puede provocar que, cuando se exagera esta imagen de fragmentación ante determinado hecho, se produce más demanda del modelo piramidal. Cuando las personas tienen sensación de caos, se generan altas demandas de control. Si la fragmentación ocurre dentro de límites tolerables es una cosa, si los sobrepasa se empieza a pensar en soluciones autoritarias, salvo que se tenga el ingenio de construir una tercera posibilidad. Esta tercera posibilidad se llama redes.<sup>94</sup>

No obstante lo anterior, se debe considerar que todos los procesos de distribución del mando y la capacidad de toma de decisiones, tienen como punto débil el hecho de que las personas que son delegadas o manejan unidades de poder desconcentradas, autogeneradas, a veces no pueden sostenerse en crisis. Las crisis, son una verdadera prueba de esfuerzo que tensa a la descentralización en la toma de decisiones, que inserta el pensamiento en redes y lo pone a prueba en su capacidad de subsistencia, tanto a nivel social como institucional.<sup>94</sup> La experiencia práctica en el Sistema de Salud Cubano, en opinión del autor, es que se realizaron ejercicios de descentralización para la gestión que fueron arrasados por las crisis y luego de ellas, la institución apareció más centralizada que antes de comenzar el proceso de descentralización. Un posible recurso para evitar este desenlace es equipar a las unidades descentralizadas para operar en crisis desde un enfoque de sistemas de redes integradas y no de pirámide.<sup>94</sup>

El concepto de "sistemas" no implica necesariamente una organización piramidal pero las pirámides organizacionales han sido utilizadas históricamente para lograr unidad de mando y control. Pensemos en la raíz biológica que tiene la Teoría General de Sistemas (TGS),<sup>98,99</sup> para la cual cualquier pérdida de control por parte de la unidad central de control tiene carácter entrópico. Sucede, para esta interpretación de la teoría planteada por Von Bertalanffy, lo mismo que con el corazón, si el nodo que comanda sus latidos no sigue mandando las señales de funcionar, y otros centros empiezan a conducir, pueden producirse arritmias y paro cardíaco. Todo foco ectópico de control de poder es entrópico y en consecuencia, amenazante para la estabilidad de los sistemas.

En criterio del autor, una de las consecuencias de la práctica en la aplicación de la TGS en el Sistema de Salud Cubano es la generación de una estructura piramidal de alta centralización. Este tipo de estructura tiene tendencia a desarrollar autoritarismo, voluntarismo y burocratismo.<sup>94</sup> Los sistemas piramidales tienden a enlentecer la capacidad para interpretar la realidad en contextos particulares, la toma de decisiones y la capacidad de gestión ante eventos no planificados.<sup>93,94</sup>

Sin embargo, los sistemas basados en redes necesariamente no funciona así. Puede tener múltiples nodos, necesita tener múltiples nodos, no se impulsa desde un lugar específico, sino que tiene lugares de articulación, tiene nodos de mayor densidad. La ideografía de redes (anexo 2. Figura 1) tiene además una ventaja adicional, se parece mucho más a la realidad que pretende representar.

Esta lógica de redes, no es solamente una estructura y procesos que se vinculan fuera del sistema, sino que también establecen nuevas formas de relación hacia su interior que constituyen los mecanismos de redes intrainstitucionales. Este aspecto es de particular importancia para sistemas de salud basados en la atención primaria de salud donde la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria generan redes de vinculación extrasectorial de particular importancia para el logro de las metas de salud.

A partir de la configuración antes esbozada, se pasaría a un segundo análisis, puesto que el concepto de redes no es simplemente un proceso de referencia y contrarreferencia; la idea de que a través de un procedimiento más o menos complejo se envía algo que otro recibe y luego devuelve, sería empobrecer las potencialidades de este concepto. A partir del momento en que las personas entran en la red, se incorporan a vínculos solidarios que comparten valores, normas, procedimientos, recursos e información. Lo que las personas van a evaluar para decir que estos servicios en realidad son una red, es la existencia de un comportamiento solidario.

En física se dice que hay comportamiento solidario cuando nada que ocurra en un cuerpo puede ignorarlo otro cuerpo que es solidario con el primero; cuando estamos en redes, nada que ocurra en algún lugar, le es ajeno a otro lugar, así, si aparece un caso de dengue o cólera en un municipio, la red se pone en alerta y nadie puede ignorar en ningún lado de la red que hay un caso de dengue o cólera. Pero esto que puede comenzar a entenderse con los casos extremos, al incrementarse la lógica de redes, debe incorporar otros problemas, si aparece una muerte evitable en algún lado y nuevamente la red no puede ignorarlo.<sup>93,94</sup>

Se profundiza de esta forma la agenda de las cosas en las cuales nos vamos poniendo en red, a partir de la integración de elementos de prestación que van desde la promoción hasta la rehabilitación de pacientes y su reinserción en el medio social.<sup>93,94</sup> Las redes de servicios de salud cubanas incorporan vínculos para la formación del recurso humano, el abastecimiento logístico, el soporte clínico, la gestión y la dirección por niveles, lo que genera un espacio singular de interacciones.

De esta forma, la red de servicios de salud se constituye de un entramado de interacciones entre personas con distintos roles. Un área de atención en este sentido serían las interacciones entre los usuarios, prestadores y directivos de la red. Estos actores, a falta de procedimientos, indicadores y estándares de integración para una red de servicios de salud, pueden tener un alto valor para la identificación, desde diferentes perspectivas, de los elementos que generan efectos no deseados para la integración sobre las cuales desarrollar intervenciones. La medición de la integración a partir de la evaluación de procesos inherentes, sería una importante vertiente de estudio si estos procesos estuvieran claramente enunciados y fueran contrastables de acuerdo a estándares de calidad bien definidos.

La integración de una red, desde la perspectiva de los usuarios, se podría abordar explorando la satisfacción que sienten con los servicios recibidos<sup>100</sup> e identificando en ellos aspectos que tienen relación con la integración en cuanto facilitan el continuo de servicios con una calidad esperada. Uno de estos aspectos, es la coordinación que las redes de servicios de salud deben ejecutar para manejar problemas que no tienen solución directa o completa a través del Equipo Básico de Salud. Otros elementos de integración posible a explorar sería el relacionado con su percepción de confort con la estructura física instalada en los servicios, a partir de que es responsabilidad del sistema sanitario el sostenimiento de sus instalaciones. La atención recibida por el personal médico y de enfermería, el tiempo que demoran en recibir resultados de sus complementarios o de ser

interconsultados, son otros elementos que se pueden tomar en cuenta, ellos se exploran en cuanto a satisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios, pero no se han analizado en relación con la integración de la red.<sup>16,22,101-103,</sup>

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, para el autor, una doble justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se enfatiza que los ciudadanos sean parte integrante y central del Sistema Nacional de Salud, que participen activamente en la evaluación la planificación y redefinición de la política sanitaria. Por otro lado, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio<sup>100,104--109</sup> y aportar a los decisores información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otras vías, ya que la percepción subjetiva del usuario hablará de la integración del servicio conjugando sus necesidades y expectativas.<sup>110-112</sup>

La integración de la red de servicios de salud depende de individuos que operan procesos que le son inherentes y aquellos que utilizan estos procesos para satisfacer sus necesidades en salud. En este sentido pueden existir tensiones de diverso carácter (técnico, normativo, de estilo de dirección); profundidad y alcance (que afecta las metas y objetivos o no); entre los diferentes actores con roles de dirección, de prestación y los usuarios de la red, que pueden influenciar, de forma positiva o negativa, en la deseada integración. Algunas de estas fuentes de tensión, en criterio del autor, estarían dadas entre:

1. Los directivos de distintos niveles de subordinación.
2. Los directivos y los prestadores.
3. Los usuarios de la red y los directivos.
4. Entre usuarios de la red de servicios de salud y los prestadores.

A falta de un referente metodológico para estudiar el proceso de integración en redes de servicios de salud en Cuba y tomando en cuenta la ausencia de desarrollo en cuanto a criterios, indicadores y

estándares de integración, se decidió el abordaje del tema a partir de la exploración de la percepción de un grupo de actores de la red: los usuarios, los prestadores y los directivos. La percepción según la teoría de la Gestalt, es definida como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, entre otros).<sup>113</sup> Para el caso que nos ocupa, el hecho de que la percepción permita la formación de juicios, resulta pertinente para la confección de un instrumento que sirva, desde esta perspectiva, para caracterizar el nivel de integración alcanzado a partir de la emisión de un juicio. En esta teoría se plantea, que las percepciones proporcionan capacidades para atribuirle cualidades a un objeto de estudio que permitan establecer su naturaleza y composición.<sup>113</sup> Por otra parte, la percepción de actores dentro de las redes de servicios de salud, se ha tenido en cuenta para explorar la satisfacción con los servicios y con los procesos de atención en diversos ámbitos.<sup>114-117</sup>

#### **I.IV. Bases teóricas para el diseño y validación de un procedimiento metodológico que permita la caracterización del nivel de integración en redes de servicios**

En el mes de enero del año 2006, el ministerio de sanidad y consumo español, en colaboración con la agencia Laín Entralgo, emitió un informe titulado "Elaboración y validación de instrumentos metodológicos para la evaluación de productos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias" con el propósito de estandarizar la calidad, estructura y contenido de los informes de evaluación, revisiones sistemáticas, meta-análisis y evaluaciones económicas como elementos esenciales para identificar productos de mayor y menor robustez desde el punto de vista metodológico.<sup>42,118,119</sup>

Según este informe, primero debe procederse a la definición y caracterización del objeto de estudio, que para esta investigación de desarrollo sería la integración en redes de servicios de salud. El

propósito de estudiar el comportamiento de la integración como evento exige conocimiento como premisa de todo el proceso investigativo.

La definición del problema de investigación debe hacerse de forma clara y precisa. Hay que definir qué es lo que se pretende estudiar ya que de lo contrario puede desviarse la atención hacia factores que no se relacionen directamente con el objeto de interés o hacia componentes de este que no pretendemos estudiar.

La caracterización del objeto de estudio debe atender diferentes aspectos relacionados con su evolución en el tiempo hasta el momento actual. Otro elemento a considerar son los antecedentes investigativos, hay que consultar si han existido investigaciones previas y evaluar sus resultados en relación con la propuesta de diseño metodológico a realizar. Las características del evento, para conocer como se manifiesta el problema, cuáles son sus causas, los factores influyentes en su comportamiento y las soluciones propuestas también son elementos a tener en cuenta para caracterizar el objeto de estudio.<sup>42,118,119</sup>

Es difícil construir un instrumento de medición si no existe experiencia de trabajo en la situación estudiada además de antecedentes de otros construidos, cuáles son sus ventajas y desventajas así como la metodología que se utilizó para su construcción y validación. Se deben tomar en cuenta los procedimientos utilizados para aplicar instrumentos de medición, pues el reto no solo radica en la construcción de un instrumento sino también en el procedimiento mediante el cual será aplicado.

<sup>42,118,119</sup>

Para lograr lo anteriormente planteado el investigador puede auxiliarse de la revisión bibliográfica, en su experiencia personal, y en la consulta a otros investigadores con experiencia de trabajo en el tema. Con la información obtenida debe realizarse un análisis del objeto de estudio y el problema que permita determinar las partes esenciales que lo componen. Esto implica definir las dimensiones del evento.

Los eventos relacionados con la salud son en su mayoría multifacéticos y multicausales lo que exige la construcción de instrumentos multidimensionales para su medición. La definición correcta de todas sus dimensiones contribuye a la mejor selección y operacionalización de los indicadores así como a la definición de la forma evaluativa del instrumento de medición. <sup>42,118,119</sup>

El comportamiento del evento que pretende ser estudiado puede caracterizarse definiendo diferentes variables. Sin embargo es posible que todas las variables relacionadas con el evento no sean incluidas en el instrumento ya que no aportan información relevante o no es factible la obtención de la información. Por tanto del conjunto de variables es preciso seleccionar las que mejor se correspondan con los propósitos de la investigación. Es preciso la definición de los indicadores para medir la situación.

El concepto de indicador se deriva del latín indicio que significa lo que refleja, lo que indica. Por tanto una variable es seleccionada como indicador porque al medir esta variable obtendremos un reflejo del comportamiento del objeto de estudio. En la construcción de instrumentos se consideran indicadores las variables del objeto de estudio que aportan información importante sobre el problema y para las cuales es factible su medición.

La selección de los indicadores es responsabilidad del investigador. <sup>42,118,119</sup> Para ello puede apoyarse en su experiencia lo cual puede complementarse con la opinión de otros investigadores considerados expertos. La opinión de expertos puede ser consultada de forma independiente mediante la entrevista personal, la encuesta, o utilizarse una técnica de consenso como el grupo nominal. La técnica del grupo nominal tiene la ventaja de que se obtiene la opinión individual de sus participantes después de realizada la discusión en colectivo.

Después de seleccionados los indicadores debe determinarse la escala de medición a utilizar. Se debe tomar en cuenta que la elección del tipo de escala depende del nivel de información que estemos interesados en obtener y las escalas cuantitativas son las que más contribuyen a la

discriminación. No obstante a ello, frecuentemente las variables no pueden ser medidas mediante una escala de razón o intervalo y se utilizan las escalas ordinales, estas consideran diferencias de dirección e intensidad en el comportamiento de las variables.

La transformación de una escala cuantitativa en cualitativa puede realizarse según criterio del investigador o determinarse mediante el procesamiento estadístico de información obtenida de la medición de la variable en una muestra de sujetos. Para concretar esta última alternativa, puede utilizarse la distribución de frecuencias o la construcción de límites de variación. <sup>42,118,119</sup>

El *ítem* es la pregunta que se presenta al sujeto para obtener la información con respecto a la variable de interés. Por tanto el *ítem* responde a un indicador previamente escalado. Existen diferentes tipos de preguntas: generales, de contenido, de comprobación. Cada una de ellas busca obtener determinada información que permitirá aproximarnos, desde varias perspectivas, al objeto de estudio. Las preguntas pueden ser abiertas, cerradas o mixtas. En las preguntas abiertas el sujeto emite libremente su respuesta. Mientras que las cerradas definen las categorías de respuesta. El sujeto no emite libremente su opinión. Pueden ser de selección única o de selección múltiple. Por su parte las mixtas definen las categorías de respuesta pero permiten que el sujeto emita libremente su criterio. Se debe cuidar la claridad y comprensión de las preguntas y su elaboración debe ser meticulosa.

Con los indicadores escalados debe decidirse la forma en que se evaluarán los resultados del instrumento de medición. Existen dos posibilidades de evaluación: de forma cuantitativa y de forma cualitativa.

La evaluación del instrumento de medición de forma cuantitativa consiste en asignar una puntuación en relación con los resultados obtenidos. Esto implica definir la calificación que se asignará a cada indicador que se incluye en el instrumento.

En la definición de la calificación total del instrumento puede considerarse que en la medida en que el resultado representa una situación más favorable del evento estudiado la calificación se incrementa. Esto puede variar en dependencia de las características del objeto de estudio o del tipo de pregunta que quiera responderse.

Debe definirse el rango que se desea obtener con la calificación total. Es decir el mínimo y máximo valor entre los que oscilará la puntuación. La calificación puede oscilar de valores negativos a positivos o puede definirse el mínimo en 0 y el máximo un valor positivo. Los rangos muy estrechos dificultan la interpretación de los resultados por la proximidad de un valor a otro. A la definición de la puntuación total le sigue la calificación de cada *ítem*.

Para la definición de la calificación de cada *ítem* pueden utilizarse alternativas metodológicas sobre la base del criterio de los investigadores o expertos, sobre la base del análisis estadístico o combinando ambos métodos.

En el caso de la definición de la calificación según criterio de los investigadores o expertos, la escala evaluativa puede decidirse con base a la consideración de la experiencia de los investigadores en el tema complementándose con las consideraciones de los expertos.

Para la consulta de los expertos pueden utilizarse las técnicas cualitativas de consenso informal o formal como el sistema Delphi, Grupo Nominal u otra. En este caso el propósito cambia ya que no se pretende decidir que indicadores se incluirán en el instrumento de medición sino el peso que debe atribuírsele a cada indicador sobre la base de su criterio.

La elección de la forma en que se calificará el resultado debe ajustarse a la situación que pretende ser estudiada y las características del instrumento. La evaluación en escala cuantitativa, de ser posible, debe preferirse ya que esta refleja la diferencia entre sujetos pero además la intensidad de la diferencia permitiendo operaciones numéricas y un análisis estadístico más completo. <sup>42,118,119</sup>

La construcción rigurosa del instrumento de medición no puede considerarse una forma definitiva del instrumento. Todavía no se puede tener seguridad de que está apta para ser aplicada en gran escala a la población. Se hace necesario someterlo a un proceso de validación que permita determinar si los resultados que se obtendrán con su aplicación realmente responden a lo que se espera de él. Por tanto se cuenta con una forma preliminar del instrumento de medición que es susceptible de ser modificada en una forma final gracias a los resultados obtenidos durante el proceso de validación.

La validación consiste en la evaluación del instrumento de medición mediante su aplicación a un número reducido de sujetos. Esta evaluación se hace en función de los atributos, propiedades o requerimientos que debe cumplir un instrumento de medición para considerarse un instrumento válido para abordar el evento de salud que pretendemos estudiar y son las siguientes:<sup>42,118,119</sup>

**Confiabilidad:** se entiende la capacidad que tiene el instrumento de arrojar siempre los mismos resultados cada vez que se aplica a la misma unidad de observación.

La confiabilidad puede ser explorada de diferentes formas. Las principales técnicas recomendadas para su evaluación son las siguientes:

Técnica de la repetición del instrumento de medición (*test-retest*): Como su nombre indica esta técnica consiste en aplicar el mismo instrumento de medición en dos ocasiones a la misma unidad de observación y analizar el grado de correspondencia entre los resultados de las dos aplicaciones.

Aplicación de una forma paralela del instrumento de medición. Esta técnica consiste en la aplicación de dos variantes equivalentes del instrumento de medición a las mismas unidades de observación.

Análisis de la consistencia interna: es una evaluación del grado de homogeneidad del instrumento de medición que solamente requiere una única aplicación. Por tanto tiene como ventaja con respecto a las otras técnicas que los resultados no dependen de un cambio en las condiciones de aplicación del instrumento de medición o variación temporal de la característica. Existen dos modalidades para

el análisis de consistencia interna: la partición del instrumento de medición en dos mitades y el análisis de homogeneidad de los *ítems* que supone que el instrumento de medición puede dividirse en tantas partes como *ítems* lo conforman evaluando el grado de homogeneidad de los mismos mediante la técnica del análisis de la varianza.<sup>42,118,119</sup>

Por otra parte, la **validez** es la capacidad del instrumento de medición para medir lo que realmente pretende medir. Es decir, los resultados que aporta el instrumento deben reflejar el comportamiento real de la situación que se pretende estudiar.

Al abordar la validez deben distinguirse los siguientes componentes: primero la validez de apariencia que es, con frecuencia, lo que primero se explora al evaluar el instrumento de medición y consiste en determinar si los *ítems* que componen el instrumento han sido correctamente contruidos. Para su exploración debe someterse el cuestionario construido a la consideración de varios expertos, de cuyas recomendaciones dependerán las modificaciones a realizar sobre el instrumento. La validez de contenido por su parte consiste en evaluar si el conjunto de indicadores que conforman la forma preliminar del instrumento de medición recorren todo el dominio de características de la situación que se pretende estudiar.<sup>42,118,119</sup>

La mayoría de los eventos relacionados con la salud, son complejos, multifacéticos y multicausales por lo que el estudio de los mismos debe abordar suficientemente las diferentes dimensiones que los componen. De lo contrario no tendremos una idea de su conjunto sino de una parte de este.

Para conducir la evaluación de este componente debe procederse mediante la consulta a expertos siguiendo alguna de las técnicas mencionadas con anterioridad. El número de expertos a consultar depende de la consideración de los investigadores.

La validación de contenido debe contemplar si el conjunto de *ítems* recorren todo el dominio del evento estudiado, si exploran suficientemente todas sus dimensiones o faltan *ítems* y si está justificada la inclusión del *ítem* en el cuestionario. Se considera justificada la inclusión de un *ítem* en

el cuestionario cuando responde a elementos esenciales del objeto de estudio. Si este aporta información superflua o duplica la información obtenida con otro *ítem* debe eliminarse.

Con el objetivo de estandarizar los criterios de evaluación que serán presentados a los expertos varios autores utilizan como guía los criterios de Moriyama.<sup>38</sup> La distinción que existe entre estos dos tipos de validez es meramente formal. Si para explorar la validez de apariencia y validez de contenido se utiliza la consulta a expertos resulta razonable explorarlas simultáneamente.<sup>42,118,119</sup>

La evaluación de la validez de contenido es de obligada inclusión en el proceso de validación del instrumento de medición.

La **capacidad discriminativa** del instrumento de medición permite identificar cambios en la característica estudiada o diferencias de intensidad en la manifestación de esta en las diferentes unidades de observación. Si el instrumento de medición no discrimina, no detecta estas diferencias, no es útil.

Lo que se requiere para evaluar la capacidad discriminativa es la aplicación del instrumento de medición en condiciones diferentes, con variaciones experimentales controladas, para determinar si el instrumento es capaz de detectar esas variaciones. Por tanto lo que se pretende es que los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de medición en poblaciones diferentes, sean diferentes, y exista fundamentación lógica para esa conducta del instrumento.

Después de evaluadas el resto de las propiedades es preciso considerar si el instrumento de medición construido es **útil, factible y eficiente**.<sup>42,118,119</sup>

La utilidad se refiere a que los resultados que se obtengan aporten conocimientos importantes sobre la situación estudiada, permitan determinar conductas y planificar acciones que solucionen problemas. Si de su aplicación no se derivará un beneficio justificable no debemos recomendar su aplicación. La factibilidad se relaciona con la posibilidad de obtener la información requerida por el instrumento de medición. Puede que el instrumento de medición permita obtener resultados

confiables y válidos pero la información que requiere sea poco factible de obtener y la eficiencia compara los resultados obtenidos con los costos de la aplicación. Generalmente los costos y la validez de los resultados son proporcionales.

Por último, casi de forma invariable, se seleccionan muestras para la validación de un instrumento de medición. Sin embargo la validación incluye la evaluación de diferentes elementos dentro de los que se encuentra la validez y la confiabilidad por lo que existen alternativas, una de ellas es seleccionar una muestra para el estudio de la confiabilidad y otra diferente para la validez de criterio.

42,118,119

#### **I.V. Abordaje de la integración de redes de servicios de salud en el contexto cubano**

La integración de las redes de servicios de salud es una condición deseable porque se relaciona con el principio de unidad como valor social de alta significación para la nación.<sup>31,120-125</sup> La unidad como eje del Sistema Sanitario Cubano, promueve una visión y prácticas integradas entre el marco constitucional, la Ley de salud y su marco de regulaciones, y el diseño e implementación de un modelo que incorpora, bajo un mismo tablero organizacional, las funciones inherentes a los sistemas sanitarios: prestación de servicios, rectoría y gestión, financiamiento y articulación.<sup>6</sup> Se propone entonces considerar la integración como proceso íntimamente vinculado al mantenimiento de la unidad del modelo sanitario cubano.

En Cuba la investigación en sistemas y servicios de salud estudia los sistemas de referencia y contrareferencia,<sup>10,11</sup> la intersectorialidad,<sup>12,13</sup> los programas de salud, la satisfacción poblacional con los servicios,<sup>16,17</sup> las competencias y el desempeño del recurso humano en el sector de la salud,<sup>20</sup> la pertinencia de los servicios de salud,<sup>22</sup> los costos de atención,<sup>25</sup> entre otros temas. Se exploran de esta forma elementos relacionados con la integración,<sup>1,5,56,57</sup> no desde una perspectiva multidimensional, sino en particular, en las redes de servicios del primer nivel de atención.

Por otra parte, medir la integración de redes de servicios en este nivel de atención, desde una perspectiva abarcadora, implica el reto de la construcción, de un marco operacional entendido como el conjunto de definiciones, procedimientos metodológicos e instrumentos *ad hoc* que permitan dar salida a este objetivo.

La integración se declara en documentos normativos como una meta para el desarrollo de los servicios y elemento estratégico para alcanzar los resultados en salud propuestos dentro de las proyecciones de la Salud Pública hasta el año 2015.<sup>32</sup> En este documento, la integración es parte de la estrategia del sistema sanitario para alcanzar sus objetivos de salud. Fue diseñado para definir las proyecciones y metas que permitan trazar las prioridades y acciones a ejecutar. A través de él se organizan los esfuerzos del sistema y el vasto potencial científico, tecnológico y humano de que se dispone para el logro de los objetivos de salud del país.

Las directrices generales de esta estrategia conforman un conjunto dirigido a fortalecer y perfeccionar al sistema en su totalidad y a dotarlo de la capacidad y organización necesarias para asumir los nuevos retos, lo siguiente: “Los Programas de la Revolución integran conceptos, proyecciones, estrategias y acciones concretas encaminadas a perfeccionar nuestro Sistema Social...” Ello significa que el estilo de dirección de sus cuadros debe basarse en los principios de: consagración, integración, integralidad, cohesión, exigencia, inmediatez, entusiasmo, iniciativa, preparación para el cumplimiento de las tareas, consolidación de lo que hacemos y control directo de cada una de las tareas “tocar todo con la mano”. Esta estrategia se basa y contribuye a la verdadera Integración del Sistema Nacional de Salud, tanto en las áreas y direcciones del MINSAP, como en los territorios, unidades y servicios que lo conforman. Concibe al hombre, la familia y la comunidad como el objeto y centro del sistema en el cual se integran todos los esfuerzos y acciones para lograr su mejor salud y bienestar.<sup>32</sup> No obstante, la integración no se materializa en los propósitos sino en la práctica de dirección y prestación de servicios de salud que recibe la población.

Estas proyecciones requerirán de adecuaciones en programas y servicios. Los enfoques económicos y financieros complementarán los análisis clínicos, epidemiológicos y administrativos que de estas proyecciones se hagan y además que el desarrollo alcanzado por el Sistema Nacional de Salud, y en especial por el capital humano que lo integra, posibilita una gestión clínica, epidemiológica y de dirección, con elevado nivel científico, basado en el uso de las técnicas más actuales y depuradas.

Las directrices particulares, que son aquellas que expresan acciones cuyo efecto es directo sobre las causas de enfermedad, daño y muerte y que se proyectan reducir, explicitan por su parte la necesidad del fortalecimiento de las redes de servicios para afrontar con éxito los principales problemas de salud y sus estrategias de manejo.<sup>32</sup>

El monitoreo de la integración se convierte de esta forma en una práctica necesaria para su desarrollo con base científica. La teoría y práctica de la conducción de los servicios de salud desde un enfoque integrado de redes, pudiera ser importante para generar desarrollo en la eficiencia, eficacia y efectividad en estos servicios, hacerlos más sostenibles e incrementar el poder de las distintas áreas de dirección para la toma de decisiones oportunas, propósitos declarados en los objetivos de trabajo del MINSAP, particularmente entre el 2010 y el 2012.

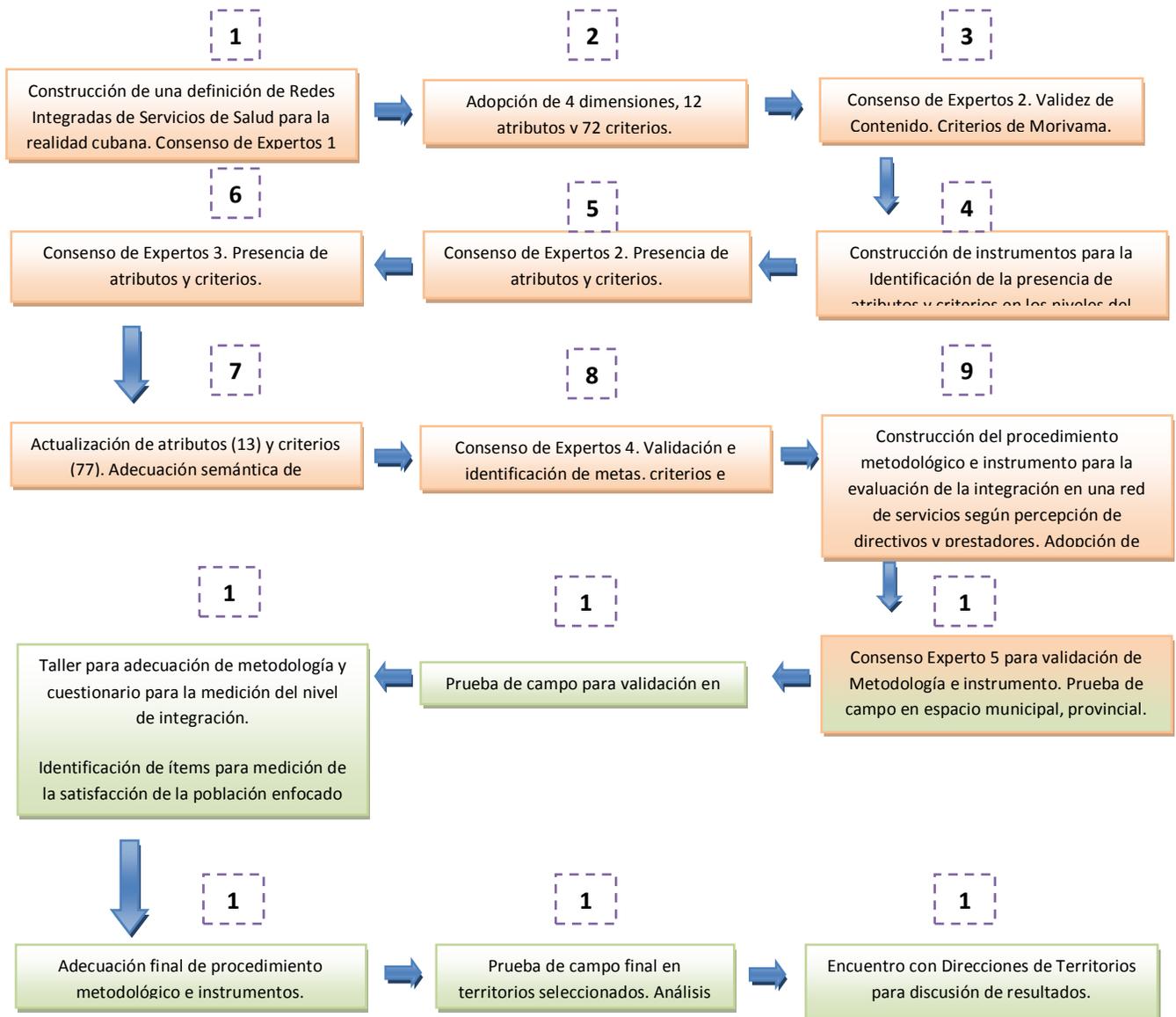
## **Conclusiones**

Las redes de primer nivel de atención constituyen sistemas complejos para la prestación de servicios de salud. Los atributos para la integración que se impulsan por organizaciones regionales tienen una representación práctica en el Sistema Nacional de Salud, que antecede el marco teórico que hoy se promueve, aunque es cierto que no han sido sistematizados en publicaciones nacionales, ni adecuadas las actuales propuestas al contexto nacional. Los propósitos de la salud cubana, hacen necesario el desarrollo de investigaciones que permitan avanzar en la integración alcanzada en las redes de servicios del Sistema Nacional de Salud.

## CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Los pasos que se siguieron para dar salida los objetivos de esta tesis se sintetizan en el esquema que a continuación se presenta. El objetivo específico 1 abarcó los pasos del uno al nueve y el objetivo específico 2 los pasos del diez al quince.

Esquema 1: Secuencia de eventos



## Objetivos

- 1-. Explicar la metodología utilizada en el diseño del marco operacional para la caracterización del nivel de integración alcanzado en redes de servicios de salud del primer nivel de atención.
- 2-. Exponer los procesos de validación utilizados para el marco operacional y en la verificación de la validez del procedimiento metodológico de caracterización del nivel de integración alcanzado en redes de servicios de salud del primer nivel de atención.
- 3-. Presentar los aspectos éticos que se consideraron en la investigación de desarrollo.

## II.I. GENERALIDADES

### Tipo de Estudio

El estudio clasifica como una investigación de desarrollo en el área de sistemas y servicios de salud en tanto implicó la creación de un procedimiento metodológico factible para caracterizar el nivel de integración de una red de servicios del primer nivel de atención. Abarcó el período comprendido entre octubre del 2008 a enero del 2013.

### Metodología

La investigación se articuló en dos fases cuya esquematización puede consultarse en el anexo 3.

Las técnicas y procedimientos de la primera fase se concibieron para determinar la validez de sus productos a partir de la selección de cuatro grupos de expertos (GE) que cumplieron requisitos de inclusión. Los expertos participaron en la validación por consenso formal e informal de los procedimientos para generar el marco operacional y sus productos.<sup>39</sup>

Tomando en cuenta los elementos del primer capítulo de la tesis, se consideró necesario definir un marco operacional, entendido como el conjunto de definiciones conceptuales y operacionales sobre integración, identificación y selección de dimensiones, identificación, adecuación y adopción de atributos de la integración en cada dimensión; construcción, a partir de los atributos, de metas de integración para redes de servicios de salud del primer nivel de atención, identificación y selección

de criterios de integración para cada una de las metas y construcción de un procedimiento metodológico para la captura, procesamiento y análisis de la información sobre la integración en las redes de servicios de salud.

El procedimiento metodológico para la caracterización del nivel de integración incorpora un subconjunto de definiciones operacionales, un instrumento para la captura de la información y un sistema para el procesamiento e interpretación de los datos. Este sistema incluye los cálculos para identificar criterios de fragmentación en la red de servicios, un índice de integración para cada meta según la función de prestación o de directivo y un índice de integración para cada meta y para la red de servicios de salud de un territorio.

El instrumento para la obtención de información, recurrió a la percepción de directivos y prestadores y utilizó una escala ordinal de tres categorías: red integrada, red con integración parcial y red fragmentada en cada criterio de meta explorado. (Anexo 4)

En la segunda fase, se realizaron pruebas de campo para para la evaluación del procedimiento metodológico que permitieron medir criterios de confiabilidad, capacidad discriminativa, oportunidad, factibilidad, utilidad y eficiencia que ofrece para ser utilizado como técnica de soporte para la toma de decisiones por parte de los directivos de las redes exploradas y el cliente principal. Primero se contó con la participación de un grupo experto (GE-5) y directivos de distintos niveles del Sistema Nacional de Salud; posteriormente en pruebas de campo en redes del primer nivel de atención de diez municipios del país, donde actuó como cliente y evaluador externo el MINSAP, específicamente la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud.

Las técnicas de validación para los productos obtenidos en las fases uno y dos incluyeron: los criterios de Moriyama<sup>38</sup> para validez de contenido de atributos y criterios, técnica tipo Delphi para identificar la presencia de los atributos y criterios de la integración en el Sistema Nacional de Salud, Grupo Nominal para determinar la pertinencia de los atributos, metas y criterios de la integración.

Los resultados del consenso informal logrado con la participación del GE-1 se utilizaron en todas las adecuaciones finales del marco operacional antes de su socialización en publicaciones periódicas arbitradas.<sup>39</sup> Los resultados de las pruebas de campo permitieron la aplicación del alfa de Cronbach<sup>40-43</sup> para validar la confiabilidad del instrumento de recogida de información incorporado al procedimiento metodológico contrastando el peso de cada dimensión meta y criterio con respecto al alfa global. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson,<sup>44</sup> para verificar la capacidad de discriminación del procedimiento en cuanto a la integración de una red según la función directiva o de prestador y el coeficiente de correlación de Spearman,<sup>44,45</sup> para la comprobar la capacidad de discriminación de la variabilidad esperada en cuanto a la integración alcanzada para cada meta en pares seleccionados de las redes exploradas.<sup>42,44,45</sup>

La satisfacción de usuarios se incorporó como complemento en el análisis de la integración desde distintas perspectivas, para ello se identificó, adecuó y adoptó a falta de otro referente, un instrumento para la evaluación de la satisfacción en servicios del primer nivel de atención previamente diseñado en la Escuela Nacional de Salud Pública.<sup>18,19</sup>

Se utilizaron ítems orientados a las condiciones de los locales de atención, el tiempo de espera para recibir un servicio, la información recibida durante el proceso de atención y aspectos de coordinación para problemas de salud. La aplicación del instrumento se realizó a través de un cuestionario aplicado cara a cara<sup>18,19</sup> por personal entrenado. (Anexo 5 y 6)

## **II.II. ASPECTOS ÉTICOS**

Los aspectos éticos de la investigación tomaron en cuenta la correcta utilización de las fuentes de información, así como una clara referencia a las bases teóricas y documentales que permitieron avanzar en el marco teórico y el desarrollo de definiciones, atributos, metas y criterios de integración aplicables al contexto cubano.

La primera fase de la investigación solicitó el consentimiento de participación a todos los expertos, quienes recibieron información acerca de los propósitos del trabajo y se les hizo partícipes de las publicaciones que emanaron de los resultados parciales que se fueron alcanzando. En el caso de los maestrantes, se solicitó el consentimiento del grupo funcional de maestrías de la Escuela Nacional de Salud Pública para la aplicación de instrumentos de validación de contenido y hubo coincidencia en que sería de utilidad para el desarrollo docente sobre la temática. Los estudiantes de la Maestría en Atención Primaria de Salud realizaron los ejercicios de validación de contenido en actividades programadas dentro del horario docente.

La identificación de la presencia de atributos y criterios de la integración en la realidad cubana se realizó con la participación de los Centros Provinciales de la Escuela Nacional de Salud Pública (CPENSAP), se solicitó autorización al Departamento Docente de Dirección en Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública, encargado de la asesoría metodológica a estas estructuras y se solicitó adicionalmente la participación voluntaria de los profesores que funcionaron como expertos por los CPENSAP.

La fase de pruebas de campo recibió autorización del Área de Asistencia Médica del MINSAP y del Departamento de Atención Primaria de Salud, para la aplicación del procedimiento metodológico en los territorios a partir de la conformación de un proyecto aprobado para el desarrollo de la temática de redes integradas de servicios de salud en Cuba. También se contó con la autorización y el acompañamiento en todas las pruebas de campo realizadas de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud. En todo momento se garantizó la aprobación previa de las respectivas direcciones provinciales y municipales de salud de los territorios seleccionados para aplicar el procedimiento diseñado. Así como el consentimiento de participar del Grupo para el desarrollo de las Funciones Esenciales de la Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Los directivos y prestadores que fueron seleccionados para las pruebas de campo tuvieron libertad de abstenerse a participar en el llenado del instrumento.

En el caso de los usuarios, se les informó previamente los propósitos de la entrevista y se solicitó su consentimiento verbal para participar en la misma. No se visitaron las casas, solo se aplicó el cuestionario a usuarios que estuvieron presentes en los servicios del policlínico y en el consultorio médico. En todo momento, el aplicador del cuestionario dejó claro que los resultados serían anónimos, así como que el sujeto podría abandonar el proceso en cualquier momento si así lo consideraba.

La información emanada del estudio fue utilizada con fines académicos y se veló constantemente por garantizar la confidencialidad de las opiniones que se obtuvieron al aplicar los instrumentos.

Los clientes del estudio estuvieron continuamente informados de la progresión y productos parciales y finales de la investigación

En todo momento se respetó el principio de que los resultados obtenidos podrían ser utilizados en las provincias para desarrollar líneas propias de investigación y desarrollo. La información general obtenida pertenecería a la Escuela Nacional de Salud Pública.

Los resultados de las pruebas de campo realizadas en los municipios fueron entregados a las direcciones provinciales, municipales y de áreas de salud como apoyo a la gestión de la dirección.

### **Conclusiones**

La metodología utilizada armonizó los requerimientos de cada fase a técnicas que permitieran alcanzar los objetivos de desarrollo tecnológico de la investigación. Las técnicas de evaluación al marco operacional propuesto sustentan su validez.

Se ejecutaron un conjunto de acciones encaminadas al seguimiento de principios éticos que fueron necesarios a cada fase de la investigación.

**CAPÍTULO III: MARCO OPERACIONAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA INTEGRACIÓN  
ALCANZADA EN UNA RED DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

## Objetivos

- 1-. Declarar las técnicas y procedimientos utilizados en el desarrollo del marco operacional para la caracterización del nivel de integración alcanzado en una red de servicios de salud del primer nivel de atención.
- 2-. Detallar el procedimiento metodológico para la caracterización del nivel de integración alcanzado en una red de servicios de salud del primer nivel de atención.

### III.I. Técnicas y procedimientos para desarrollar el marco operacional

Como mencionamos en el capítulo dos la técnica básica utilizada en la primera fase fue la conformación de cuatro grupos de expertos (GE), seleccionados por criterios según las necesidades de cada momento de la investigación para establecer la validez de cada producto generado para el marco operacional.<sup>126-128</sup>

El primer grupo de expertos (GE-1) participó en la valoración crítica de la información disponible y en la delimitación por consenso informal<sup>126-128</sup> de los elementos constitutivos del marco operacional. Este grupo se mantuvo activo, con fines de consulta, durante todo el desarrollo de la investigación. Incluyó a seis expertos que cumplieron como mínimo tres de los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser Profesor Auxiliar o Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.
- 2 Tener más de diez publicaciones en el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud en el ámbito cubano.
3. Ser miembro permanente del claustro de una de las maestrías que conduce la Escuela Nacional de Salud Pública.
4. Ser especialista de 2do. Grado o máster en una especialidad o profesión vinculada a la salud pública.
5. Poseer un mínimo de 15 años de experiencia profesional en el Sistema Nacional de Salud

El segundo grupo experto (GE-2) estuvo integrado por 26 maestrantes de atención primaria de salud del curso 2008-2009 que se imparte en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para usar este grupo de validación fueron: pertenecer a los distintos niveles de dirección y prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud, más de diez años de experiencia de trabajo y que hubieran aprobado los seis cursos del llamado "tronco común" de la Maestría en Atención Primaria que conduce la ENSAP.

Este grupo participó en la validación de contenido de los atributos de la integración propuestos para el Sistema Sanitario cubano, a partir de los criterios de Moriyama<sup>38</sup> (anexo 7) y en un segundo ejercicio, en la identificación de la presencia de los atributos y criterios de la integración propuestos en los distintos niveles del Sistema Sanitario Cubano. (Anexo 8)

El grupo experto tres (GE-3) estuvo constituido por profesores de los Centros Provinciales de la Escuela Nacional de Salud Pública (CPENSAP) de siete regiones del país (siendo esta la configuración territorial diseñada para estos centros): Pinar del Río, Este de La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas, Cienfuegos, Camagüey, Las Tunas y Holguín.

Los requisitos a cumplir para la inclusión de los encuestados fueron: ser miembro activo de los CPENSAP, poseer categoría docente o nombramiento de metodólogo del SNS y más de diez años de experiencia de trabajo en él. Con estos criterios, quedó conformado un grupo de 25 expertos que identificaron nuevamente, la presencia de atributos y criterios de la integración propuestos y aportaron criterios sobre su validez de contenido (anexo 8).

El grupo experto cuatro (GE-4) se seleccionó de acuerdo al cumplimiento de uno de los siguientes criterios:

- Un grupo con categoría de doctor en ciencias de la salud que tuvieran perfiles profesionales en al menos una de las siguientes funciones: dirección de servicios de salud, organización

de servicios de salud y economía de la salud. Su investigación doctoral debió estar centrada en el campo de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud.

- Un grupo de directivos de los niveles nacional, provincial y municipal del Sistema Nacional de Salud, con más de cinco años de experiencia en dirección y más de diez años de graduado de especialista.
- Un grupo con miembros activos de los CPENSAP.

Este grupo de 11 expertos participó en un taller para la validación de pertinencia y contenido de las dimensiones, atributos y criterios de la integración.

### **Procedimientos ejecutados para desarrollar el marco operacional**

Para la elaboración del marco operacional y arribar como primer paso a la construcción de una definición de redes integradas de servicios de salud, se realizó una revisión documental sobre el Sistema de Salud Cubano y posteriormente un estudio bibliométrico<sup>129-131</sup> específicamente, un recuento de la productividad científica referente a las Redes Integradas de Servicios de Salud. Las definiciones analizadas se pueden consultar en el anexo 9.

La revisión, que sirvió de sustrato al capítulo uno de la tesis, abarcó el período comprendido entre enero del 2000 y abril del 2009 y tuvo en cuenta los siguientes criterios: (a) publicaciones periódicas en la red SciELO Regional; (b) a texto completo; (c) con año de publicación dentro del período de estudio.

La elección de las unidades de análisis se realizó teniendo en cuenta los términos siguientes en el título, resumen o palabras clave.

#### **Idioma español y portugués.**

- Integración de redes de servicios de salud.
- Redes Integradas de servicios de salud
- Sistemas Integrados de Servicios de Salud.

#### **Idioma inglés**

- Integration of health service networks.
- Networks Integrated health services
- Health Services Networks
- Integrated Systems Health Services.
- Integration health systems and services.

- Integración de sistemas y servicios de salud.
- Integração de redes de serviços de saúde.

Se diseñó una ficha de registro en Microsoft Office Excel 2007, en la cual se organizó la información de los artículos según los indicadores establecidos:

- Número de artículos por año de publicación: se establecieron cinco categorías: (a) 2000-2002, (b) 2003-2005, (c) 2006-2008 (d) 2009. Número de publicaciones por autor: se determinaron las siguientes categorías: (a) transeúntes: no superior a un artículo; (b) aspirantes: de dos a cuatro artículos; (c) productores moderados: de 5 a 9 artículos; y (d) grandes productores: 10 o más artículos.
- Distribución de artículos por número de autores: se establecieron categorías para cada número, según el número de autores encontrado en los artículos revisados.
- Tipología de las referencias: Revista, libros, tesis, en imprenta, monografía, informe, resolución, tanto en formato impreso como digital.
- Principales temáticas: Se operacionalizó teniendo en cuenta dimensiones de macrocontexto, mesocontexto y microcontexto. Se consideró el macrocontexto para aquellos artículos relacionados con la temática en cuestión desde el punto de vista estratégico, geopolítico o vinculado al espacio general de análisis de Castellanos.<sup>132</sup> Se consideraron artículos relacionados con el mesocotexto aquellos que abordaron la integración a partir del establecimiento de alianzas entre redes horizontales o verticales y que corresponderían al espacio de análisis particular y como artículos de microcontexto aquellos enfocados en el análisis de uno o más atributos de la integración y la experiencia de desarrollo generada alrededor de su utilización en un contexto social y que corresponderían al espacio singular de Castellanos. El procedimiento detallado y resultados de esta revisión actualizada se publicaron en una revista científica arbitrada.<sup>133</sup>

Una vez analizado con el GE-1 la inconveniencia, ya sea por generalidad o extrema particularidad, de utilizar para la investigación las definiciones o conceptos recogidos en la literatura y a falta de algún referente nacional, se construyó una definición de Redes Integradas de Servicios de Salud, contextualizada a la realidad cubana. Para ello se realizó previamente por el autor, un análisis particular de la definición adoptada por la OPS<sup>1</sup> dadas las implicaciones que tiene este organismo para la adopción de estrategias en la región de Las Américas.

La propuesta definitiva se llevó a consulta de expertos (GE-1), para el análisis crítico detallado de la definición y los aportes finales que fueron tomados en cuenta para el constructo definitivo.

Los resultados se publicaron en una publicación periódica arbitrada.<sup>58</sup> Una vez definido el constructo "Redes Integradas de Servicios de Salud para la realidad cubana", se hizo necesario agrupar la variabilidad inherente al subsistema de redes de prestación de servicios de salud como recorte de la realidad compleja, para sistematizar y caracterizar la información. Se decidió agruparla dentro de dimensiones, atributos y criterios, a falta de variables e indicadores preexistentes, que permitieran un abordaje metodológico para su posible caracterización.

Para la identificación y delimitación de las dimensiones de estudio, la identificación de atributos, metas y criterios se realizaron los siguientes procedimientos:

- 1- Se actualizó la revisión bibliométrica en el tema -sistemas y servicios de salud- y metodologías para su sistematización y abordaje.
- 2- Se utilizó como procedimiento para la actualización, la agrupación en palabras clave para la búsqueda electrónica y la organización de los hallazgos pertinentes, que fueron los siguientes: evaluación de sistemas y servicios de salud, desempeño de los sistemas y servicios de salud, funciones de los sistemas de salud, modelos de atención primaria de salud, modelos de sistemas de servicios de salud, redes de servicios de salud, investigación en redes de servicios de salud, calidad en los servicios de salud, redes sociales, gestión

clínica, gestión de casos, información en salud, y complejidad en el abordaje de temas de salud.

- 3- Como tercer paso, se decidió usar como punto de partida para la adopción de dimensiones, la organización en funciones de los sistemas de salud según el enfoque de Londoño y Frenk.<sup>6</sup>
- 4- Posteriormente, la organización en funciones de los sistemas sanitarios aportada por la literatura, se cruzó con las áreas que agrupan los atributos para la red integrada de servicios de salud que propone la OPS, para analizar un posible paralelismo de significados y alcance (tabla 1).<sup>1</sup>

Tabla 1. Funciones de los sistemas sanitarios y áreas para la integración propuestas por OMS/OPS. 2009

Funciones de los sistemas sanitarios. <sup>7</sup>	Áreas de la propuesta OPS. <sup>1</sup>
Prestación	Modelo Asistencial
Modulación	Gobernanza y Estrategia
Articulación	Organización y Gestión
Financiamiento	Asignación e Incentivos

- 5- Se realizó una consulta al GE-1 sobre el significado y alcance de las funciones con respecto a las áreas de la propuesta de OPS, que sugirió contienen significados similares a las primeras, aunque fueron utilizadas con propósitos distintos por los respectivos autores, según se observa en la tabla anterior.
- 6- Se decidió, adoptar como punto de partida, las áreas propuestas por la OPS ya que garantizan la exhaustividad necesaria a los propósitos de la investigación en cuanto a recoger desde varias dimensiones los aspectos vinculados a la integración de una red.

- 7- Se realizó una adecuación a la redacción de las dimensiones adoptadas y se diseñó, a falta de un referente nacional, una definición que permitiera su operacionalización posterior.
- 8- Se realizó una consulta final a los expertos (GE-1) sobre la pertinencia de las dimensiones así construidas y el ajuste a la realidad del Sistema Nacional de Salud cubano que pretenden sistematizar.
- 9- Una vez definidas las dimensiones, se procedió a agrupar los atributos de la integración que aparecen en la literatura en cada una de ellas. Para la consignación final de los atributos se realizó, por el autor de la tesis, una adecuación de significados igualmente ajustados al contexto cubano. De esta forma quedaron finalmente agrupados atributos en tres dimensiones. La adopción de los atributos siguió el principio de su capacidad para abarcar, en un solo cuerpo expresivo, la complejidad de la realidad vinculada a redes de servicios de salud del primer nivel de atención. Los atributos, a través del desarrollo del proceso investigativo, validaciones sucesivas, aportes de la literatura y la consulta a expertos, quedaron finalmente en 14 construcciones complejas.
- 10- El siguiente paso fue transformar cada atributo de la integración adoptado para la realidad cubana en una meta que permitiera una caracterización del nivel alcanzado en su cumplimiento. Cada atributo fue redactado entonces en forma de meta.
- 11- Para el diseño de las metas, se tomaron en cuenta las bases normativas del Ministerio de Salud Pública, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, los propósitos de la salud cubana hasta el año 2015, los objetivos de trabajo de los años 2010-2012. Las metas fueron diseñadas para operar en redes del primer nivel de atención.
- 12- Simultáneamente se identificó, a partir de la revisión de la literatura y a falta de un referente previo, un grupo de criterios que permitieran caracterizar los elementos más importantes a desarrollar en cada meta de la integración adoptada. Estos criterios pasaron el mismo

proceso de revisiones sucesivas aplicadas a los atributos y las metas por los grupos de experto GE-1 y GE-4.

13- Se realizó una consulta final a los expertos (GE-4) sobre los constructos elaborados para su ajuste teórico final. Quedaron así definidos 82 criterios de la integración articulados a través de 14 metas y agrupados en tres dimensiones que se presentan como parte de los resultados en el capítulo correspondiente.

Los procedimientos efectuados para la validación de los atributos, sus metas y los criterios de la integración que estas recogen son los siguientes:

Para un primer ejercicio de validación de contenido de atributos y criterios de la Red Integrada de Servicios de Salud Cubana, se aplicó un instrumento elaborado *ad hoc* siguiendo los criterios de Moriyama,<sup>38</sup> se consultó con el GE-1 posteriormente, se aplicó en el GE-2. (Anexo 7)

Para aplicar el instrumento se siguieron los siguientes pasos:

- Se realizó una presentación con los elementos conceptuales relacionados con redes integradas de servicios de salud y los objetivos de la investigación a la totalidad de los participantes.
- Se aplicaron los instrumentos durante 60 minutos. Se indicó no hablar entre participantes, pero se aclararon las dudas colectivamente.

Cada participante evaluó el cumplimiento de las cinco propiedades básicas expuestas por Moriyama,<sup>38</sup> mediante una escala ordinal que incluyó las categorías: *mucho, poco, nada*, adaptada por el autor para cada uno de los ítems contemplados en el instrumento.

Las propiedades básicas exploradas se describen a continuación:

- Comprensible: se refiere a si se entienden los diferentes atributos de las redes integradas de servicios de salud que se evalúan en relación con el aspecto que se pretende medir, en este caso, la integración de redes territoriales de servicios.

- Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide: significa para este caso particular, que de la medición de los atributos podrían derivarse variaciones que permitieran diferenciar las redes de servicios con distintos niveles de integración.
- Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: está relacionado con la presencia, en el Sistema de Salud Cubano, de cada uno de los atributos que se incluyen en el instrumento.
- Con componentes claramente definidos: se refiere a que si a cada atributo se le puede dar una definición clara.
- Derivable de datos factibles de obtener si el experto considera que de la percepción o vivencia de directivos y prestadores se puede obtener la información para contestar dichos aspectos.

Tomando en cuenta las valoraciones realizadas por los expertos a todos los principios de Moriyama, se hicieron las modificaciones a los *ítems* y se estableció como principio la eliminación o modificación total o parcial de aquellos que fueran evaluados en la categoría "mucho" por menos del 75 % de ellos.<sup>38</sup>

Se analizó también si existían aspectos que, a criterio de los participantes, fueran importantes para una medición de la integración de las redes de servicios de salud cubanas y no habían sido incluidos en el instrumento inicial.

Para el siguiente paso, se diseñó ~~un~~ otro instrumento *ad hoc* que permitiera realizar un ejercicio de identificación, en los diferentes niveles del Sistema de Salud Cubano, de la presencia de los atributos de las redes integradas de servicios de salud, así como de los criterios relacionados con cada uno de ellos. El instrumento así construido se consultó con el GE-1 (anexo 8) y el finalmente adoptado se aplicó en el GE-2. Se anotaron nuevamente, para cada atributo y criterio, las sugerencias en cuanto a redacción y dudas de significado para su corrección posterior.

Una vez realizadas las correcciones y tras una nueva consulta con el GE-1, se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, en la categoría de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, para identificar la presencia de atributos y criterios de la integración.<sup>134</sup>

En esta investigación participó el GE-3. Para la aplicación del instrumento (anexo 8) se utilizó una técnica de tipo Delphi.<sup>39</sup> Se envió un instructivo para autoestudio, socialización de conceptos y teoría, relacionado con la investigación y llenado del instrumento. Se garantizó intercambio sobre posibles dudas en el llenado del instrumento de la investigación. El intercambio de información se realizó por vía electrónica.

Se dividieron los CPENSAP en dos zonas: oriental y occidental y se realizó una partición equitativa de las variables y los atributos para la aplicación posterior del instrumento.

Zona 1 de CPENSAP: Pinar del Río, La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas, Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus.

Zona 2 de CPENSAP: Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Holguín, Santiago de Cuba, Granma, Guantánamo.

Con posterioridad y dada la evolución que había sufrido en el tiempo la información recogida en la literatura internacional relacionada con la integración de redes de servicios de salud, en el año 2010 se consideró necesario realizar un ejercicio final de validación de las metas y criterios de la integración definidos para la realidad cubana.

Se realizó entonces un ejercicio de Grupo Nominal a través de un taller de expertos (GE-4) en la Escuela Nacional de Salud Pública en el mes de octubre del año 2010 para realizar la validación final enfocada a la pertinencia y validez de contenido de los productos de la primera fase relacionado con los atributos, metas y criterios de la integración. (Anexo 10)

Para garantizar la realización del taller de expertos, se siguieron los siguientes pasos:

1. Se realizó una nueva revisión actualizada de la literatura sobre los temas: Integración de redes y sistemas de servicios de salud, sistemas sanitarios, evaluación de sistemas sanitarios y servicios de salud, validación de criterios y pertinencia.
2. Se utilizaron en ese momento cuatro dimensiones, en las que fueron agrupadas 13 metas y sus resultados esperados para la integración de redes de servicios. Las dimensiones utilizadas fueron: dimensión prestación de servicios de salud, gestión de servicios de salud, gobernanza y estrategia, dimensión financiamiento. Basado en las recomendaciones del GE-1, y dadas las peculiaridades de significado analizadas para el contexto cubano, cada dimensión quedó modificada para su mejor comprensión en: Modelo de Atención Médica Integral, Dirección y Estrategia, Organización y Administración, Presupuesto y Estímulo; en las que se agruparon a su vez las metas y criterios que servirían de base para la aplicación de instrumentos que permitieran caracterizar el nivel de integración de una red de servicios de salud. A cada dimensión se le asignaron las metas, resultados esperados y objetivos a alcanzar para la integración de las redes, quedaron: seis metas en la dimensión de prestación, cuatro en la dimensión dirección y estrategia, tres en la dimensión organización y administración y una en la dimensión presupuesto y estímulo. Se recopilaron para este ejercicio de validación un total de 77 criterios.
3. A falta de un referente se realizó un diseño un tercer instrumento *ad hoc*, que diera salida a los objetivos propuestos para el taller. (Anexo 11 y 12)

El instrumento para la validación de la pertinencia de las metas y criterios de la integración implicó una revisión sobre el tema "pertinencia" aplicado a varios ámbitos de investigación. En el caso de este taller se utilizó el concepto que aparece en: <http://www.wordreference.com> (diccionario en español). Se identificaron tres categorías a partir de la definición de pertinente (oportunidad,

adecuación, conveniencia) que se operacionalizaron y sirvieron para definir escalas de *mucho* y *poco* en cada dimensión. (Anexo 12)

### Operacionalización de categorías

**Definición de Pertinencia:** Oportunidad, adecuación y conveniencia de una cosa.

Tabla 2. Operacionalización de categorías. Taller Integración. 2010

Categoría	Abreviatura	Descripción	Escala	Valor
Oportunidad	(O)	Se refiere a la congruencia del criterio con los propósitos del sistema para un momento dado	Poca oportunidad Mucha oportunidad	1 2
Adecuación	(A)	Se refiere al vínculo del criterio con la realidad que pretende describir en cuanto a su validez de contenido.	Poca adecuación Mucha adecuación	1 2
Conveniencia	(C)	Se refiere a la utilidad, provecho o beneficio, de utilizar este criterio para explorar la integración del Sistema	Poca conveniencia Mucha conveniencia	1 2

Se asignó el valor 1 al criterio poco y el valor 2 al criterio mucho para cuantificar la cualidad. Se consideró pertinente, aquel criterio que obtuviera la calificación total de 5 a 6 de un máximo de 6 puntos posibles a obtener para cada uno. Se consideraron no pertinentes, aquellos criterios con calificación de 3 o 4. Quedaron al final por consenso, como criterios pertinentes, aquellos en que la mayoría de los expertos (50 % + 1) participantes en el taller le asignaron puntos para un total de 5 a 6 en la calificación final de cada criterio. Se realizó adicionalmente un análisis, por parte del autor de la tesis, de los criterios que obtuvieron la calificación de 5 puntos por algún experto con el objetivo de realizar un segundo proceso de ajuste en la redacción de los mismos adecuada a la realidad nacional.

Se evaluó en todos los casos el contenido de las dimensiones, atributos, metas y criterios propuestos independientemente de su presencia en la literatura revisada.<sup>1,56,135,136</sup>

Después de realizadas las adecuaciones a las dimensiones, atributos, metas y criterios para la integración de una red territorial de servicios, se diseñó un procedimiento metodológico e instrumental que, a partir de toda la información recopilada, permitiera caracterizar la integración de una red de servicios de salud desde la perspectiva de prestadores y directivos.

Como primer paso se operacionalizaron las variables que serían utilizadas en el diseño del procedimiento y construcción de instrumentos

Tabla 3. Operacionalización de variables utilizadas para la construcción de la propuesta metodológica. 2010

Variable	Descripción	Tipo	Escala
Área de Salud	Se consideró cualquier espacio territorial que contenga una red de servicios de salud a partir del área geográfica de atención de un policlínico.	Cualitativa nominal	Nacional Provincial Municipal
Función que realiza en la red de servicios	Según la labor principal que desempeña en la red de servicios.	Cualitativa nominal	Directivo Prestador
Dimensiones de la integración	Según objetivos y función principal que se desarrolla dentro de las redes de servicios de salud con el propósito de integrar la estrategia sanitaria a la práctica.	Cualitativa nominal	Modelo de atención médica integral Dirección y Organización Presupuesto y estímulo.
Integración de la red de servicios	Se establece de acuerdo al grado en que es percibido el logro de las metas de integración a partir de la calificación de sus criterios.	Cualitativa ordinal	Red Fragmentada Red Parcialmente Integrada Red Integrada
Nivel de integración	Expresa el momento de integración de una red al calcular el índice de integración según el criterio de directivos y prestadores.	Cuantitativa continua	Menos de 0,5 Red fragmentada. e/ 0,50 y 0,8 Integración parcial de la Red. Más de 0,8 Red Integrada

El marco para la construcción del procedimiento metodológico que permitiera caracterizar el nivel de integración de una red de servicios de salud del primer nivel de atención siguió las siguientes pautas.

a) Sería necesario que el procedimiento incorporara un instrumento para dar salida al propósito de caracterizar el nivel de integración. Se valoró utilizar como instrumento un cuestionario que garantizara la obtención eficiente de la información necesaria.

b) El procedimiento sería diseñado para ser utilizado en redes del primer nivel de atención ubicadas en el espacio territorial de los municipios.

b) El procedimiento sería aplicado a directivos y prestadores de redes de servicios del primer nivel de atención, bajo el supuesto de que su rol en el sistema de sanitario genera perspectivas diferentes de interpretación y asimilación de la integración.

c) El procedimiento debe garantizar privacidad al grupo de prestadores y directivos para el llenado del instrumento y minimizar así los posibles sesgos en las respuestas por conflictos de intereses.

d) Se consideró necesario incluir un paso dentro del procedimiento para socializar elementos teóricos y bases conceptuales y prácticas sobre la integración al grupo sobre el cual se aplicaría el instrumento, dada la poca divulgación, análisis y estudios previos sobre el tema en el contexto de prestación del primer nivel de atención en Cuba.

Se hizo necesario construir una definición operacional para cada una de las dimensiones de integración identificadas para el contexto cubano basado en la revisión de la bibliografía realizada y hacer las adecuaciones de sentido que se consideraron pertinentes. Los resultados se exponen en el capítulo III de la tesis.

A las dimensiones adoptadas, le fueron asignados finalmente 14 metas para la integración de redes de servicios del primer nivel de atención. Las metas fueron asociadas a palabras clave para facilitar su presentación en tablas de resultados.

En el procedimiento para la construcción del instrumento se siguió el siguiente algoritmo:

Para la selección de *ítems* en el instrumento y definir la escala, se siguieron las recomendaciones de Streiner y otros.<sup>42,137,138</sup>

El instrumento resultante clasifica como subjetivo y multidimensional (anexo 4) y para su construcción se siguieron los siguientes pasos:

1. Definición y caracterización del objeto de estudio.
2. Selección de los indicadores.
3. Definición de la escala de medición de los indicadores.
4. Definición de la forma evaluativa del instrumento.
5. Construcción de los ítems.

Para la construcción del instrumento, se utilizaron los productos resultantes de la primera fase de la investigación en cuanto al marco conceptual y selección de criterios considerados variables, que cumplieran con las propiedades de representatividad, aporte de información relevante, poder discriminatorio y factibilidad. Se realizaron consultas al GE-1, para la selección final de los criterios, tomando en cuenta las propiedades antes descritas.

Se seleccionó, para el instrumento, una escala ordinal con tres opciones **Red Fragmentada**, **Red Parcialmente Integrada**, **Red Integrada**. El número de categorías impar permite definir una categoría intermedia que represente la ausencia de intensidad en el comportamiento de la variable indicador. Posteriormente, se le asignó a cada respuesta posible un valor arbitrario de 0 a 2 que permitiera un procesamiento matemático de los datos obtenidos para el análisis. Se consideró 0 para la fragmentación, 1 para la integración parcial y 2 para la integración.

### **III.II. Resultados**

Una vez analizado el conjunto de conceptos y definiciones de redes integradas de servicios de salud en la literatura revisada,<sup>139</sup> y tras la consulta a expertos, se consideró necesario formular otra definición que considere las singularidades del Sistema de Salud Cubano y su estrategia de atención

primaria de salud para avanzar en el proceso de operacionalización a partir de un producto autóctono. El constructo aportado como resultado, define Redes Integradas del Sistema de Salud como: “La gestión y entrega de servicios de salud, de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social; de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con una eficiencia, eficacia y efectividad aceptables para el momento tecnológico e histórico social con que se cuente”.<sup>58</sup>

Generar un marco operacional que permitiera a partir de la definición anterior, caracterizar la integración de las redes de servicios del primer nivel de atención, resultó en la adopción final de tres dimensiones que facilitarían sistematizar los componentes de la red de servicios de salud y fueron las siguientes:

- Modelo de Atención Médica Integral.
- Dirección y Organización.
- Presupuesto y Estímulo.

Para las dimensiones adoptadas, se identificaron y adecuaron al modelo cubano de servicios de salud del nivel primario de atención, un conjunto de componentes identificados como atributos de la integración y fueron los siguientes:

1. La población y características del territorio a cargo de cada servicio, están claramente definidas y se dispone de información amplia sobre sus necesidades de salud, que se toman en cuenta para determinar la oferta de servicios de salud.
2. Distribución territorial de servicios de salud y recursos humanos es capaz de satisfacer, integralmente, las necesidades y demandas de salud de la población.

3. Primer nivel de atención es multidisciplinario y sirve como principal puerta de entrada al sistema de servicios y coordina la prestación de salud según tipo de problema y nivel de atención para su solución.
4. Prestación de servicios de las especialidades no básicas en el ámbito del nivel primario de atención.
5. Existencia de mecanismos para la coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
6. Atención a la salud personalizada en un modelo de prestación familiar y comunitario.
7. Sistema de dirección participativo y único.
8. Participación social amplia para la toma de decisiones en el ámbito de la salud de la comunidad, la familia y el individuo.
9. Acción intersectorial para el abordaje integrado de problemas de salud.
10. Gestión descentralizada e integrada del apoyo clínico, logístico y administrativo de los servicios de salud.
11. Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el Sistema Nacional de Salud y sus políticas.
12. Sistema de información integrado.
13. Sistema de gestión basada en resultados en todos los niveles de complejidad para la dirección y la prestación de servicios.
14. Presupuesto adecuado a necesidades. Mecanismos de control del presupuesto y los gastos adecuado a las necesidades de los territorios. Sistema de estímulos morales y materiales.

Los atributos así adoptados, quedaron agrupados dentro de las dimensiones de la siguiente forma: seis atributos para la dimensión "Modelo de Atención Médica Integral" (numerales del uno al seis);

siete atributos para la dimensión de Dirección y Organización (numerales del siete al 13) y un atributo para la dimensión de Presupuesto y Estímulo (numeral 14)

A partir de los atributos adoptados, se obtuvieron las metas que darían respuesta a las proyecciones de la Salud Pública cubana hasta el 2015<sup>32</sup> en el ámbito de la APS, quedaron las siguientes:

1. Definido, a partir del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS o ASS), la población y características del territorio a cargo de cada servicio evidenciando un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinaron la oferta y dinámica de servicios del territorio. Palabra/abreviatura clave: ASIS o ASS.
2. Garantizado, de acuerdo a las necesidades del territorio, una distribución de establecimientos, servicios de salud y recursos humanos, capaz de satisfacer integralmente las demandas de servicio de la población. Palabra/abreviatura clave: Servicios.
3. Fortalecidos los procesos en el primer nivel de atención que favorecen su rol como puerta de entrada al sistema, capaz de integrar y coordinar el cuidado de la salud y resolver integralmente la mayoría de las necesidades de salud de la población. Palabra/abreviatura clave: Primer nivel.
4. Asegurada la proyección comunitaria de especialidades. Palabra/abreviatura clave: Especialidades
5. Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial tanto horizontal como vertical. Palabra/abreviatura clave: Coordinación
6. Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen cuidados de salud integrales centrados en la persona, la familia y la comunidad territorio. Palabra/abreviatura clave: Programas, normas, guías.
7. Establecido un sistema de dirección participativo y único. Palabra/abreviatura clave: Dirección.

8. Desarrollada una participación social amplia para la toma de decisiones de salud.  
Palabra/abreviatura clave: Participación social.
9. Desarrollada una acción intersectorial amplia. Palabra/abreviatura clave: Intersectorialidad
10. Implementados procedimientos para la gestión descentralizada integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico. Palabra/abreviatura clave: Gestión de apoyo.
11. Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema. Palabra/abreviatura clave: Recursos humanos.
12. Desarrollado un sistema de información integrado, que vincula y retribuye con transparencia a todos los niveles de atención y permite una toma de decisiones informada.  
Palabra/abreviatura clave: Información.
13. Se cuenta con un sistema de gestión basada en resultados. Palabra/abreviatura clave: Gestión por resultado.
14. Desarrollados los mecanismos de control del presupuesto y los gastos adecuado a las necesidades de los territorios estableciendo un sistema de estímulos morales y materiales que estimulen el logro de las metas existentes Palabra/abreviatura clave: Presupuesto y estímulo.

Por último se validaron un grupo de criterios asociados a las metas propuestas que permitieran caracterizar la integración en una variable de integración más específica. Se adoptaron de esta forma 82 criterios que se distribuyeron según muestra la tabla 3 del anexo 13.

A partir de los resultados alcanzados se diseñó un procedimiento metodológico que permitiera caracterizar el nivel de integración alcanzado por una red del nivel primario de atención que se describe a continuación.

**Título: Procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración alcanzado en una red de servicios de salud del primer nivel de atención.**

Alcance: Nacional.

Objeto de estudio: Integración alcanzada en redes del primer nivel de atención en el espacio territorial municipal.

Para obtener la información se aplica un muestreo de casos homogéneos,<sup>140</sup> lo que permite elegir aquellos con vivencias comunes más representativos en materia de información, que son de los que puede extraerse conclusiones de relevancia en relación con aspectos centrales a los propósitos de la investigación. En cada caso se aplican instrumentos diseñados (*ad hoc*) por el autor a muestras de directivos y prestadores.

Se toman en cuenta los siguientes criterios para la selección de las muestras. Cada grupo estará constituido por no menos de 10 y un máximo de 20 personas que cumplan los siguientes requisitos generales:

1. Experiencia de trabajo de más de un año en la red de servicios a investigar.
2. Buenos resultados en el trabajo (directivos y prestadores) según los reportes de auditorías y controles realizados.
3. Disponibilidad objetiva y subjetiva a participar en el ejercicio.
4. La participación debe ser totalmente voluntaria.

La selección de la muestra de directivos y prestadores en un territorio dado sigue la lógica de la diferencia de perspectiva, en la visión de la integración red de servicios, dadas por las particularidades de la actividad laboral.

El procedimiento metodológico para la obtención de la información que caracteriza el nivel de integración de la red consta de dos fases, una explicativa y otra de aplicación de un instrumento.

**Fase explicativa:** Como primer paso previo a la aplicación del instrumento, se presentan y socializan, ante el grupo muestral, definiciones y contenidos relevantes relacionados con la integración de redes de servicios de salud. Este proceso tiene aproximadamente una hora de duración y se apoyará de una presentación utilizando medios de enseñanza. La incorporación de personal con experiencia en la gestión, dirección o manejo de redes de servicios de salud en la fase explicativa se considera de gran utilidad para clarificar definiciones y utilizar ejemplos prácticos.

Como segundo paso, se realiza una explicación detallada de la forma de llenado del instrumento (anexo 4). En todo momento se presta especial atención, por parte del responsable del ejercicio, a las dudas que puedan aparecer en el auditorio tanto individual como colectivamente y se tendrá en cuenta el mantenimiento de un intercambio técnico sobre la temática.

En la fase teórica explicativa se socializa con los participantes del ejercicio, previa entrega de los instrumentos, las siguientes definiciones operacionales relacionadas con dimensiones y categorías vinculadas a la integración de la red.

**Modelo de Atención Médica Integral:** Se refiere a la particular combinación de elementos estructurales y de procesos en una estructura organizacional, que intervienen en la prestación de un conjunto integral de servicios de salud, que generan un resultado en el estado de salud de individuos y poblaciones.

**Dirección y Organización:** Implica la estructura y procesos del aparato de dirección conformados a partir de la misión asignada a la red. La aprobación y aplicación de los reglamentos para las unidades del sistema de salud. Incluye la forma en que se articulan desde la administración, en la estructura aprobada, a través de normas, regulaciones y procedimientos, los procesos vinculados a la gestión integral de salud, la captación y formación de los recursos humanos, el apoyo logístico y financiero en el sistema de salud.

**Presupuesto y Estímulo:** Se refiere a la asignación presupuestaria del Sistema Nacional de Salud y sus distintos mecanismos de asignaciones y gastos. Incluye los procedimientos establecidos de estímulo al trabajo.

**Niveles de integración de la red:** Son categorías que aparecen en el instrumento para ser seleccionadas según la percepción del participante.

**La red de servicios está Fragmentada:** La red donde usted labora no logra satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

**La red de servicios está Parcialmente Integrada:** La red donde usted labora logra en parte satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

**La red de servicios está Integrada:** La red donde usted labora logra plenamente satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

Las categorías anteriormente expuestas son constructos desarrollados por el autor que fueron consultadas al GE-1 para su adecuación final.

**Fase de aplicación del instrumento:** Finalizada la parte teórica explicativa se divide el grupo muestral en dos: un grupo de directivos y otro de prestadores que dispondrán, para el llenado del instrumento, de locales independientes. No se permite que ningún directivo visite el local de trabajo de los prestadores o viceversa, pero sí el intercambio de dudas y aclaraciones hacia el interior de los grupos. Este mecanismo propicia el aprendizaje colectivo sobre el funcionamiento y características de la red en particular así como permite la identificación de problemas de integración que afectan los servicios de salud que en ella se prestan.

Se dispondrá de una hora para dar respuesta al instrumento, que constituye un cuestionario autoadministrado y se le denomina a partir de este momento indistintamente instrumento o cuestionario. (Anexo 4) El procedimiento de llenado se realiza marcando con una cruz según corresponda en las casillas habilitadas para ello.

La caracterización del nivel de integración de las metas y sus criterios emana de las respuestas en el cuestionario obtenidas en cada grupo y como red a partir de un procedimiento de análisis que incluye la generación de un índice de integración según función y general. Para el análisis y discusión de los resultados, se utiliza la triangulación vinculando el análisis cuantitativo con el cualitativo.<sup>42</sup>

Como actividad complementaria se proponen visitas del equipo evaluador de la integración a la red de servicios, lo que brinda la posibilidad de contrastar la información obtenida a través de procedimiento con la práctica de servicios ante problemas de salud concretos.

#### **a) Técnicas y Procedimientos para el procesamiento de los datos**

**Primero:** se toma en cuenta el nivel de integración que le otorga cada uno de los encuestados a los criterios asignados a cada meta, y se le da a cada respuesta un puntaje entre 0 y 2 según la siguiente escala: **Fragmentado:** 0; **Parcialmente integrado:** 1; **Integrado:** 2.

**Segundo:** para el análisis de los criterios, se calcula el porcentaje de participantes que los calificó según la red fuera fragmentada, parcialmente integrada o integrada y se suman para obtener el porcentaje total de participantes que calificó estos criterios. Cuando este porcentaje total fue igual o mayor que el 50 % del total de participantes, se denomina "criterios con fragmentación". Este ejercicio persigue facilitar la identificación y priorización de problemas de integración a considerar en la red. La presentación de los criterios con fragmentación en tablas de resultados, se redacta en forma de problema, para facilitar la comprensión de la debilidad identificada en la integración.

**Tercero:** se calcula el puntaje máximo a obtener para cada meta de acuerdo al total de criterios que incorpore, tomando en cuenta el total de participantes y por función que realice (prestador o directivo) según el interés; lo que sería el puntaje ideal. Se determina entonces el puntaje real para cada meta explorada, global y por función.

El autor considera la necesidad de crear una serie de índices de integración aplicables a una red territorial de servicios que tomara en cuenta las funciones de dirección y prestación y que permitiera generar un sistema de monitoreo de frecuencia anual para establecer momentos comparativos de acuerdo a períodos evaluados y grupos seleccionados.

#### Construcción de índices de integración para una red de servicios \*.

Se calcula el Índice de Integración para cada meta según función (prestador o directivo) (IIF); el Índice de Integración de la meta según la evaluación global de sus criterios por prestadores y directivos (IM) y el Índice general de Integración (IGI-) de cada territorio explorado.

Índice de Integración para cada meta según función (IIF)

$$IIF = \frac{\text{Total de puntos de los criterios de cada meta según función}}{\text{Puntaje ideal de cada meta según función}}$$

Índice de integración de meta (IM)

$$IM = \frac{\text{Total de puntos de los criterios de meta en ambas funciones}}{\text{Puntaje ideal de cada meta en ambas funciones}}$$

Índice General de Integración

$$IGI = \frac{\text{Sumatoria de los índices de cada meta (IM)}}{14}$$

Se puede calcular de este modo el índice de integración para cada red que se explore y el índice de integración de un territorio dado que incluya un grupo de redes.

\* Modificado del original publicado

Tabla 4. Operacionalización de la escala ordinal empleada para cada criterio explorado por el instrumento. Incluye una escala de color y una escala de valor. ENSAP, 2010

Escala	Operacionalización de cada categoría	Valor
<b>Red de servicios Fragmentada</b>	La red de servicios no ha logrado satisfacer la afirmación que aparece en el instrumento, con relación con el criterio explorado.	< 0,5
<b>Red de servicios Parcialmente Integrada</b>	La red de servicios ha logrado en parte satisfacer la afirmación que aparece en el instrumento, con relación con criterio explorado.	0,5 - 0,8
<b>Red de servicios Integrada</b>	La red de servicios ha logrado plenamente satisfacer la afirmación que aparece en el instrumento, en relación con el criterio explorado.	> 0,8

Se establece, según criterio del autor y después de consulta con el GE-1, un nivel de aceptabilidad en cuanto a los niveles de integración que exhibe una red particular, para los valores obtenidos en el cálculo de los índices mayor de 0,8. Se considera que un valor superior a 0,8 (más del 80 % de los posibles puntos a obtener) indicará que el progreso en la integración de la red para el atributo, sus criterios o de la totalidad de la red se encuentra en un momento del continuo fragmentación integración, favorable. Se considera el momento de integración no favorable, con fuerte tendencia a la fragmentación, para índices menores de 0,5. No obstante a los criterios anteriores, las direcciones municipales, provinciales o nacionales, de un contexto dado, podrán hacer propuestas sobre el valor de aceptabilidad del Índice de Integración si disponen de elementos de juicio suficientes.

El nivel de integración resultante de la aplicación del instrumento se asociará a una escala de color (rojo para fragmentación, naranja para integración parcial y verde para integración) que permita priorizar criterios, metas y atributos para posibles intervenciones que mejoren la integración de la red.

Los resultados obtenidos se agruparán en tablas y gráficos para una mejor comprensión y facilitar el análisis a través de gráficos de barra y de tela de araña.

Para el análisis de las resultantes de cada meta, criterio y global de la red, conjuntamente al análisis cuantitativo se realiza una triangulación que implica la aplicación de varias perspectivas en la interpretación de los datos. Para esto, se tienen en cuenta -además del puntaje obtenido- los criterios de satisfacción con las redes exploradas que tengan los usuarios que se exploren en temas generales o específicos relacionados con la integración. La vinculación del procedimiento a otras técnicas de evaluación de sistemas y servicios puede ser de mucha utilidad para la interpretación de resultados y análisis causales.

La redacción para los criterios explorados con percepción de integración parcial en las tablas de resultado debe estar enfocada hacia el problema que representa para la red de acuerdo a la interpretación analítica del grupo evaluador.

Para el análisis de los resultados se utilizan adicionalmente las siguientes categorías que han sido definidas operacionalmente:

**Red de servicios de salud:** Se considera la agrupación de servicios de salud tanto de prestación como de dirección y gestión en un espacio territorial no menor que el área de responsabilidad asignada a un policlínico. Constituye la unidad básica para el análisis de las dimensiones, atributos, metas y criterios de integración.

**Momento de Integración:** Indica la situación de integración de una red particular para un espacio-tiempo definidos. Se considera un momento favorable a la integración si el Índice General de Integración para un territorio es superior a 0,8 (este es un valor arbitrario obtenido por criterio experto) y denotará diferentes estadios de integración parcial para la red un valor inferior.

**Integración municipal/provincial:** Refleja el momento de integración de la red de servicios de salud subordinada a la dirección correspondiente de salud.

### III.III. Discusión

La definición obtenida pretende explicitar la integración como proceso relacionado con acciones de salud que van desde la promoción hasta la reinserción social y permite aproximarse a una noción de calidad a partir de la integración como proceso desde tres aproximaciones: eficiencia, eficacia y efectividad. Adicionalmente establece un rasero de aceptabilidad que induce a considerar la evaluación continua como parte del proceso y ubica temporalmente los criterios de calidad a utilizar de acuerdo a los condicionamientos sociohistóricos y tecnológicos.

La **Eficiencia** en la definición será comprendida como la relación existente entre el vector insumos para los servicios de recursos humanos, soporte logístico y financiero (cantidad, calidad, espacio y tiempo) y el vector productos (cantidad de pacientes vistos o servicios prestados, calidad de la consulta, oportunidad-acceso y tiempo de solución total o parcial de un problema particular de salud), durante el subproceso estructurado, de conversión de insumos en productos. Por su parte la **Eficacia** será entendida como la relación existente entre el vector producto y el vector resultados (entendido como resultados en salud tanto para individuos como para grupos), durante el subproceso de conversión de productos en resultados; esta relación se establece por la calidad del producto al presentar el máximo de efectos deseados y mínimo de indeseados. Reduciendo así, los re-procesos, re-trabajo y el desperdicio, dentro de la viabilidad prevista. Se puede entender la calidad como cumplimiento de estándares o el grado de satisfacción del usuario, prestador, directivo o población, según el caso. Se puede percibir la diferencia entre producto y resultado, como la brecha existente entre el producto y las expectativas que se tienen de este, para lograr variaciones o invariaciones en la situación o estado del sistema. La calidad para los fines poblacionales puede ser interpretada como el avance en indicadores sociales de salud.

Por último la **Efectividad** será aquí asumida como el balance existente, entre los efectos deseados y los efectos indeseados que genera el producto durante su realización social. Es aquí, donde se

habla del efecto mediante el cual se propende dar una respuesta reactiva a las consecuencias del producto, a través de la retroalimentación del sistema.

Por otra parte, la propuesta de definición resultante de esta investigación explicita los campos de integración desde la promoción hasta la reinserción social; introduce la temática de la calidad desde tres aproximaciones: eficiencia, eficacia y efectividad; establece un rasero de aceptabilidad que induce a considerar la evaluación continua como parte del proceso y ubica temporalmente y de acuerdo a los condicionamientos sociohistóricos y tecnológicos los componentes de calidad.

La definición de Sistema Integrado de Servicios de Salud, de Shortell. Universidad de Northwestern, EE.UU. que utiliza la OPS<sup>3</sup> introduce la posibilidad de lograr en un marco temporal aceptable para el contexto Latinoamericano de sistemas integrados sin reducir o transformar los altos niveles de fragmentación y/o segmentación lo que parece bastante improbable. Se establece la coordinación como meta en vez de la integración desde los valores y compromisos compartidos por las partes. Con lo anterior no se resta ningún valor a la importancia de las relaciones contractuales como elementos facilitadores de la coordinación que siempre será necesaria y está implícita en el proceso de integración.

La aceptación de este concepto implica dejar brechas demasiado anchas a la posibilidad de continuar desarrollando políticas segmentadas y u o fragmentadas en la oferta de servicios con un supuesto enfoque integrador.

La fragmentación de los servicios de salud, según la definición de la OPS, se plantea como "coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud".<sup>57</sup> Es una definición demasiado general, no permite apreciar claramente que se persigue, para qué y por qué; induce a error de juicio, al limitar la fragmentación a la no integración en la red de servicios de las unidades. Es decir, no discrimina niveles intermedios y se pierde de vista el proceso; no queda

claro que es la "no integración." Finalmente, lo negativo en la tendencia se manifiesta porque no está lo positivo, pero esto último no está explícitamente esclarecido.

La definición obtenida para esta investigación, explicita la integración como proceso que coordina de forma continua, a través de los distintos niveles de atención, acciones de salud que van desde la promoción hasta la reinserción social y permite aproximarse a una noción de calidad a partir de la integración como proceso desde tres aproximaciones: eficiencia, eficacia y efectividad. Como elemento adicional, establece un rasero de aceptabilidad que permite el monitoreo y evaluación continuas como parte del proceso. Ubica además los criterios de calidad a utilizar, de acuerdo a los condicionamientos socio-históricos y tecnológicos.

En una revisión no exhaustiva de definiciones o conceptos de integración para redes de servicios de salud realizada en el 2009,<sup>139</sup> se plantea que todas apuntan, en mayor o menor medida, a una serie de elementos que implícita o explícitamente aparecen, entre ellas, la visión sistémica, el enfoque de salud poblacional, el énfasis en la coordinación de servicios (en las primeras definiciones circunscrita al sector de la salud y en las más recientes, la inclusión de los servicios sociales); que están orientadas a resultados, hacen referencia a la continuidad de la atención y a la atención centrada en el paciente. En varias de ellas la integración es vista como conectividad entre las partes. Esa conectividad parece presentar una doble vertiente de coordinación intersectorial e intraorganizativa y de continuidad del proceso de atención. Así, mientras que algunas aportaciones se centran en las mejoras en las interconexiones de actividades, recursos y niveles dados, otras parecen corresponderse con una coordinación óptima del conjunto de servicios que logra la mayor creación de valor en el sistema de salud, lo que contiene un verdadero paradigma de calidad sistémica.

Otro elemento recurrente es el enfoque en las necesidades del paciente o de la población. Asimismo, algunas definiciones hacen referencia a la efectividad y costo-efectividad de las intervenciones, lo cual es coherente con los objetivos generales de los sistemas de salud y con

corrientes de pensamiento que se introducen de forma muy poderosa en la sanidad como son la Medicina Basada en la Evidencia y la Evaluación Económica de las intervenciones sanitarias.<sup>139</sup>

Ninguna de las revisadas, incluyendo la adoptada por la Organización Mundial de la Salud,<sup>5</sup> dados sus propósitos muy generales o muy particulares, se ajustan completamente al modelo cubano.

Las dimensiones, atributos, metas y criterios diseñados para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del nivel primario de atención dan salida a los distintos elementos recogidos en la definición de integración propuesta y el procedimiento metodológico es la herramienta que permite utilizar los productos antes referidos de manera orgánica.

En cuanto a las tres dimensiones de la integración para redes de primer nivel de atención finalmente adoptadas en esta propuesta, permiten descomponer para el contexto de dirección y prestación cubanos, los elementos contenidos en la definición y considera las características del modelo de atención médica, que busca la integralidad de las prestaciones de salud independientemente del nivel de atención donde se ejecuten, los elementos de dirección y organización que condicionan la forma en que se gestionan los recursos humanos, de apoyo clínico, materiales y financieros, los temas relacionados con la pertinencia y oportunidad del presupuesto que se asigna para el sostenimiento de los servicios y la política de estímulos al personal que labora en el sector de la salud.

La fuente de esta selección están en los textos de Londoño, Frenk (1997)<sup>7</sup> y la OPS, (2008),<sup>1</sup> y (2010)<sup>135</sup> que definieron y sistematizaron funciones básicas de los sistemas sanitarios como áreas de atención para el desarrollo de intervenciones integrales en políticas y sistemas, en ellos se plantea que la respuesta social organizada a las necesidades de salud de la población se estructura a través de ciertas funciones básicas que el sistema sanitario y sus instituciones tienen que desempeñar, a fin de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones que han sido identificadas e incorporadas al sistema de respuesta en la prestación de servicios de salud.<sup>6</sup>

En este terreno, hay cuatro funciones que constituyen un punto de partida para aproximarse a la integración desde una perspectiva abarcadora: la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación.<sup>6</sup> Las funciones de financiamiento y prestación son las mejor conocidas. En el caso cubano, como se expresó con anterioridad, el financiamiento para garantizar el Sistema Nacional de Salud se asigna a través del presupuesto del Estado.

La función de prestación se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (por ej., total de servicios de salud prestados) que generan un resultado (*por ej.*, cambios en el estado de salud de individuos, grupos, poblaciones).<sup>6</sup> La función de prestación de esta forma enunciada, tiene relación directa con la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema.

Al lado de estas dos funciones tradicionales, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término “modulación”. Este es un concepto más amplio que el de regulación, implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. La última función del sistema de salud, puede denominarse “articulación”. Esta función se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación.

Para entender mejor el significado de la “articulación” resulta útil pensar en términos de un “proceso de financiamiento-prestación”, es decir, un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el uso de servicios de salud.

Es pertinente señalar que la articulación abarca actividades clave en cuanto a la gestión logística, clínica, administrativa y de recursos humanos, que permiten que los recursos financieros fluyan hacia la producción y atención de la salud.

En el contexto cubano, la función de articulación se relaciona con la organización en cuanto a gestión de la calidad de la atención, la búsqueda de la eficiencia económica en los servicios, la

asignación de presupuesto para el desarrollo, sostenimiento y ampliación de servicios de salud y la planificación económica integrada a la planificación de servicios.

La integración de estas funciones, para el caso cubano, se manifiesta a través de una compleja y singular red, que dispone de una extensa base legislativa y regulatoria, que persigue la armonización de las diversas estructuras y procesos para el logro de los objetivos nacionales de salud. Un particular diseño de dirección de doble subordinación, un sistema de rendición de cuentas en base a resultados, una estructura de prestación por niveles, regionalizada y procesos para la investigación aplicada integrada a las necesidades del sistema, integración de la docencia de pre- y posgrado, capacitación y seguridad social. Dispone además, de una amplia red empresarial y de soporte logístico como ya fue mencionado y un financiamiento basado en el presupuesto asignado por el Estado. Existe, adicionalmente, una peculiar armonización entre los valores sociales compartidos en relación con la salud, el sistema socioeconómico imperante, el cuerpo legislativo y de regulaciones de soporte y el diseño e implementación de un modelo sanitario que concibe a la atención primaria de salud como estrategia para el logro de sus objetivos.

No obstante lo anterior, es previsible que surjan y se desarrollen tensiones en la práctica de la dirección en los diferentes niveles de atención, así como conflictos entre los distintos actores relacionados con la entrega de servicios de salud y los que reciben los servicios; la forma en que se dirige y la gestión que se realiza para el mantenimiento y vitalidad de esta dirección. Contradicciones que pueden generar escenarios no favorables para el logro de las metas y objetivos de salud trazados para el país.

Publicaciones más recientes describen ejes taxonómicos para el estudio y desarrollo de la integración a partir de cuatro ámbitos de abordaje, que para esta investigación llamaremos dimensiones, que permiten sistematizar la información sobre los sistemas sanitarios y sus

peculiaridades. A estas dimensiones se le asignan un grupo de atributos que se consideran esenciales para el desarrollo y sostenimiento de la integración en cualquier sistema sanitario.<sup>135,136</sup>

Desde la práctica sanitaria cubana, se cumplen hace más de 40 años, los principios teóricos y prácticos en los que se basa la actual propuesta de la OPS para el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud en el marco de la llamada Renovación para la Atención Primaria de Salud.<sup>57</sup> El modelo cubano de prestación de servicios de salud, es un sistema integrado por niveles de complejidad a los procesos formativos y de ubicación del recurso humano, que incorpora la regionalización de la atención, división articulada por niveles de prestación y un sistema de dirección y administración subordinadas a una autoridad regulatoria. El modelo cubano de prestación, estableció un grupo de hitos en la extensión de la cobertura y acceso a los servicios de salud de cualquier nivel de atención claramente enfocados a lo que actualmente se reconoce como integración en las redes de servicios. Para los fines del marco teórico de esta tesis tomaremos como base, para justificar esta afirmación, la referencia aportada por Marquez M y Sansó Soberats.<sup>141</sup> (Anexo 1, tabla 1)

En la definición de Sistema Nacional de Salud cubano se recoge: “El conjunto de unidades administrativas, productivas y de servicios, responsables de responder a las necesidades de salud de toda la población; las mismas se interrelacionan entre sí (*se puede leer, se integran, si afectar su significado* \*\*) de acuerdo con su grado de complejidad y ubicación territorial, con el propósito de brindar la mayor accesibilidad posible a la población según sus necesidades y de lograr una óptima utilización de los recursos y medios asignados”. En el Sistema Nacional de Salud existen tres niveles de atención médica que se interrelacionan para la prestación de acuerdo con los principios de la regionalización de los servicios.<sup>36,142</sup> Es importante tomar en cuenta que esta definición data de 1983 y deriva ampliamente de la práctica desarrollada desde 1961 en el Sistema Nacional de Salud.

\*\* Nota del autor

Los atributos de la integración de una red de servicios promovidos por OMS/OSP<sup>135</sup> se han reflejado en la literatura científica cubana a través de diferentes aproximaciones como son: Los servicios de salud en Cuba se planifican e implementan sobre la base de la identificación de las necesidades de salud de la población y dando respuesta a las mismas desde el año 1976.<sup>141,142</sup> Por otra parte, hay claridad en las peculiaridades de las poblaciones a atender y las redes de servicios tienen definidos los territorios bajo su responsabilidad.<sup>143</sup> El Análisis de la Situación de Salud es la tecnología sanitaria de uso en Cuba que permite dar salida a los requerimientos incluidos en este atributo.<sup>143-146</sup> El modelo de prestación de servicios de salud cubano, cuenta con una red nacional de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos con cobertura universal e incorpora los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.<sup>147,148</sup> Dispone, además, de un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema para integrar y coordinar la atención en salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.<sup>87,149-151</sup>

A través de la "proyección comunitaria de las especialidades" se realiza una prestación de servicios del segundo nivel de atención en la comunidad.<sup>31,141</sup> Existen normas, procedimientos y mecanismos para la coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud y la atención de salud incorpora a individuos, la familia y la comunidad.<sup>148,149,152</sup>

El modelo cubano, se instaura a partir de un sistema de dirección y estrategia único con ejecución descentralizada para toda la red de servicios de salud y de soporte logístico.<sup>32,153,154</sup> La participación social, la acción intersectorial, el abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud, están incorporadas al modelo de prestación del primer nivel de atención.<sup>12,155-157</sup>

En cuanto a la organización y gestión, el modelo cubano contempla una gestión integrada a la

estrategia de salud de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico a partir de un sistema normativo centralizado y ejecutivo descentralizado.<sup>10,158</sup> Desarrolla sus recursos humanos según una cuidadosa y escalonada planificación, basada en las necesidades identificadas y las políticas trazadas, al que articula un programa para el desarrollo de valores y estímulo.<sup>55,159-166</sup> Dispone de un sistema de información que puede vincular a todos los miembros de la red y realiza una gestión basada en resultados.<sup>55,167-174</sup>

El modelo cubano es presupuestado y el sostenimiento de la infraestructura en salud es responsabilidad del Estado y prioridad en la asignación presupuestada del país.<sup>149,175-178</sup>

Las características descritas con anterioridad, fueron la base utilizada para la identificación de las metas y criterios de integración asociados a los atributos previamente adoptados. Los criterios deben ser interpretados como propuestas contextualizadas al nivel de atención explorado, el momento de desarrollo de la red, sus características y la información disponible sobre los elementos aprobados para la estructura y procesos a ejecutar en cada una de las tres dimensiones adoptadas.

La fase explicativa del procedimiento metodológico propuesto para la caracterización del nivel de integración en redes del primer nivel de atención, constituye una necesidad de contexto dada la poca divulgación que sobre el pensamiento en redes de servicios de salud y su integración tienen los prestadores y directivos del primer nivel de atención.

## **Conclusiones**

La conceptualización de la integración en el contexto cubano, su delimitación como objeto de estudio y su posible caracterización a partir de un procedimiento metodológico aplicable a redes de servicios de salud del primer nivel de atención, conforman un marco operacional que puede ser utilizado en investigaciones en sistemas y servicios de salud.

**CAPÍTULO IV: VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CARACTERIZAR EL NIVEL DE INTEGRACIÓN ALCANZADO EN REDES DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

## Objetivos

- 1-. Exponer las técnicas y procedimientos para la evaluación del procedimiento metodológico a partir de los resultados de pruebas de campo y
- 2-. Presentar los resultados que se obtienen tras su aplicación en redes del primer nivel de atención.

### IV.I. Técnicas y Procedimientos

#### Técnicas

La fase II de la investigación consistió en el diseño y ejecución de tres pruebas de campo. Los resultados de estas pruebas permitieron demostrar la validez del procedimiento en cuanto a criterios seleccionados. La ejecución de las pruebas y de campo presentación de los resultados a directivos del MINSAP y de las redes exploradas fue parte del proceso de evaluación del procedimiento.

La validez del procedimiento metodológico se comprobó a partir de criterios de confiabilidad, capacidad discriminativa, oportunidad, factibilidad, utilidad y eficiencia que ofrece para ser utilizado como técnica de soporte para la toma de decisiones por parte de los directivos de las redes exploradas y el cliente principal. (Anexo 14 y 15)

La primera prueba incluyó un grupo experto (GE-5) donde todos los participantes pertenecían al grupo de trabajo para el desarrollo de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Cuba (FESP) y una muestra de directivos de nivel municipal y provincial a quienes se les aplicó el procedimiento metodológico para verificar su comprensión, duración en su aplicación, resultados que ofrece y capacidad de análisis que permite. Los resultados se publicaron en una revista científica arbitrada.<sup>120</sup>

La segunda prueba de campo replicó el proceder anterior en una muestra de directivos y prestadores del primer nivel de atención en el municipio Boyeros. En esta prueba participaron observadores externos del MINSAP y de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) para los mismos aspectos que la primera. Los resultados fueron consultados con el GE-1. Se calculó en este

caso el coeficiente alfa de Cronbach al instrumento para verificar su confiabilidad dividiéndolo en tantas partes como *items* lo conforman y evaluando el grado de homogeneidad de los mismos mediante la técnica del análisis de la varianza.<sup>137</sup>

La tercera prueba campo caracterizó la integración en redes del primer nivel de atención en nueve municipios del país. En este caso se utilizaron igualmente observadores externos del MINSAP y de la ENSAP en la aplicación del procedimiento metodológico.

Con los resultados de la tercera prueba de campo se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson<sup>42,45</sup> para determinar la relación entre los resultados obtenidos en cada red según la función de prestador o de directivo y el coeficiente de correlación de Spearman<sup>42,44,45</sup> para verificar la correlación entre los índices de integración de las 14 metas entre pares seleccionados de las redes exploradas. En ambos casos se esperaron índices de correlación no buenos, considerando que cada función y cada red deben generar propiedades emergentes inherentes a los sistemas complejos que expresarán una variabilidad que el procedimiento debe ser capaz de discriminar.

Una vez finalizada cada prueba de campo, se discutieron los resultados con los directivos y prestadores de las redes exploradas. Los resultados de las pruebas de campo uno y dos fueron publicados.<sup>120,179</sup>

Los resultados esperados en cuanto a validez y la forma de verificación en la aplicación del procedimiento metodológico quedaron organizados según aparece en la tabla 5.

Tabla 5. Operacionalización para la evaluación del procedimiento metodológico. ENSAP, 2012

Aspecto a evaluar	Resultado esperado	Forma de verificación
Confiabilidad	Debe mostrar la homogeneidad del instrumento de medición a través del análisis de la consistencia interna.	Aplicación del coeficiente alfa de Cronbach. (Anexo 16, tabla 4)

Capacidad de discriminación	Debe aparecer variabilidad en la respuesta obtenida en todas las redes territoriales de primer nivel de atención exploradas en cuanto al nivel de integración alcanzado a partir del cálculo de los índices de integración por función, meta y global.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se conformarán tablas y gráficos de salida con los datos obtenidos en las redes territoriales exploradas que permitan observar la capacidad de discriminación de la variabilidad en la integración de las redes en los resultados obtenidos en cada una de ellas. (Anexo 17: tabla 5, gráfico 1; anexo 18: gráfico 2)</li> <li>2. Se aplicará el coeficiente de correlación de Spearman con este objetivo. (Anexo 19: tabla 6)</li> </ol>
Capacidad de discriminación	Debe aparecer variabilidad en la respuesta de directivos y prestadores al cuestionario, observable tras el cálculo y el análisis cualitativo del índice de integración según función.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se conformarán tablas de salida con los datos obtenidos en las redes territoriales exploradas que permitan observar la variabilidad en los resultados obtenidos en cada una de ellas según la función de directivo o prestador en la red. (anexo 20: tabla 7, gráfico 3; anexo 21: gráfico 4, 5 y 6)</li> <li>2. Se aplicará el coeficiente de correlación de Pearson con este objetivo. (Anexo 22: tabla 8)</li> </ol>
Oportunidad	El Viceministerio de Asistencia Médica y la Dirección Nacional de APS deben ser clientes de la investigación.	Se dispondrá de las cartas de cliente como elemento de oportunidad para la extensión de resultados. (Anexo 14 y 15)
Oportunidad	Los elementos estructurales para la aplicación del procedimiento (locaciones, medios, participantes) deben ser factibles de ser utilizados durante las pruebas de campo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tendrán observadores de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud y de la ENSAP como evaluadores del procedimiento metodológico. (anexo 14, anexo 15 y anexo 23)</li> <li>2. Se solicitarán criterios del equipo de investigación externo al objetivo de medición del nivel de integración.</li> </ol>
Factibilidad	El procedimiento metodológico posibilita obtener la información requerida por el instrumento de medición. El instrumento de medición permite obtener resultados confiables, válidos y la información que requiere es obtenible a través del procedimiento metodológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluadores externos.</li> <li>2. Satisfacción de directivos con los resultados obtenidos expresadas en ejercicios de devolución con observadores externos y clientes.</li> </ol>

Utilidad	Se debe apreciar comprensión de los elementos recogidos en el cuestionario por parte de los participantes del equipo. Disposición del cliente de utilizar los resultados y extender la aplicación del procedimiento a todo el país.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tendrán observadores externos de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud como evaluadores del procedimiento sin conflictos de interés.</li> <li>2. Se solicitarán criterios del equipo de investigación externo al objetivo de medición del nivel de integración.</li> <li>3. Se solicitará disposición del cliente.</li> </ol>
Utilidad	El momento de intercambio con los equipos de dirección territoriales de los resultados obtenidos tras la aplicación del procedimiento, debe permitir apreciar concordancia con las dificultades y fortalezas de la práctica de los servicios en las redes exploradas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tendrán observadores externos de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud como evaluadores del procedimiento sin conflictos de interés.</li> <li>2. Se solicitarán criterios del equipo de investigación externo al objetivo de medición del nivel de integración.</li> </ol>
Eficiencia	La aplicación del instrumento necesita un número reducido de unidades muestrales. El procedimiento de aplicación del instrumento se realiza en dos horas máximo. El instrumento puede ser aplicado tanto en formato papel como electrónico, no necesita condiciones especiales de local. Se establece una caracterización del nivel de integración de una red de servicio por un sistema reproducible con un mínimo de recursos humanos y materiales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tendrán observadores externos de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud como evaluadores del procedimiento sin conflictos de interés.</li> <li>2. Se solicitarán criterios del equipo de investigación externo al objetivo de medición del nivel de integración.</li> </ol>

## Procedimientos

Para la primera prueba del procedimiento metodológico resultante de la primera fase, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el área de sistemas y servicios de salud, para identificar el nivel de integración percibido en las redes de servicios del Sistema Nacional de Salud. Para la

aplicación del procedimiento metodológico se conformó una muestra no probabilística por conveniencia, con selección de tres grupos.<sup>120</sup>

Un primer grupo formado por 15 expertos (GE-5) del Sistema Nacional de Salud miembros del grupo de trabajo para la Investigación y Desarrollo de las Funciones Esenciales de la Salud Pública que tuvieran: más de 20 años de experiencia en el desarrollo de programas, sistemas o servicios dentro del MINSAP y más de 15 años en el campo específico de dirección en salud. Un segundo grupo que estaría integrado por directivos del nivel municipal de gestión. Se decidió trabajar con 13 directivos del municipio 10 de Octubre por criterio de factibilidad y un tercer grupo integrado por 30 directivos que pertenecen al nivel provincial de salud (por decisión del equipo de investigadores se seleccionó la provincia de Matanzas utilizando el mismo criterio). Los requisitos para conformar los grupos II y III fueron: poseer más de 5 años de servicio en el Sistema Nacional de Salud, tener experiencia de un año o más en el campo de la dirección en salud, exhibir buenos resultados en el trabajo según la opinión de sus superiores y declarar disposición a participar en el ejercicio. Con los resultados de esta aplicación se decide incorporar los prestadores a los ejercicios de aplicación del procedimiento metodológico.

Para la segunda prueba de campo de la propuesta metodológica, se utilizó un muestreo no probabilístico de grupos homogéneos por criterios. La muestra quedó constituida por 16 directivos y 11 prestadores que laboran en la red de servicios de nivel primario de atención en el municipio Boyeros. Se utilizaron dos observadores externos, no relacionados con el proyecto de tesis ni con el grupo experto de la ENSAP. Los observadores fueron una especialista en investigación cualitativa con vasta experiencia y un miembro del equipo de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud del MINSAP con más de 15 años de experiencia en dicha área. El objetivo de los observadores era registrar la oportunidad, factibilidad, utilidad y eficiencia de aplicación de los instrumentos en los participantes (muestra municipal seleccionada por criterios de factibilidad y

oportunidad) y emitir juicios de valor sobre la validez de la metodología aplicada y los instrumentos a partir de la observación concurrente del proceso. (Anexo 23)

El instrumento presentado para la recogida de los datos contiene 82 criterios de integración agrupados en 14 metas y 4 dimensiones. (Anexo 24: Figura 3, anexo 13: tabla 3)

Para comprobar la consistencia interna de este instrumento, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para toda la escala y con la exclusión sucesiva de un ítem del análisis, para estimar el aporte de cada ítem al coeficiente global y descartarlo o mantenerlo en la escala.<sup>42,118,119,137</sup>

Se tomaron en cuenta para esta prueba de campo los criterios de inclusión para cada uno de los grupos consignados en el procedimiento metodológico que aparece en el Capítulo III de Resultados y que quedó como sigue:

Criterios de inclusión para los Directivos (Grupo 1): Poseer más de 1 año de experiencia en el cargo, haber participado del proceso de transformación del sector de la salud durante el 2010 como directivo y demostrar disposición a participar en el estudio.

Criterios de inclusión para los prestadores (Grupo 2): Tener más de 5 años de graduado de la profesión, demostrar disposición a participar en el estudio, haberse encontrado laborando en el área de salud en el momento en que se aplicaron las transformaciones del sector de la salud durante el 2010.

Tomando en cuenta las recomendaciones de los observadores externos y del GE-1. Emergió como necesidad incorporar un instrumento que permitiera complementar la caracterización con información de la población usuaria de los servicios. Para ello se utilizó un cuestionario desarrollado en la ENSAP para medir la satisfacción de los usuarios con los servicios. En el cuestionario se identificaron ítems vinculados con metas de la integración enfocadas hacia la perspectiva del usuario.<sup>18</sup> (Anexo 5 y 6)

Para realizar la tercera validación por prueba de campo del procedimiento, se realizaron dos talleres finales de ajuste del procedimiento metodológico y el cuestionario que sería aplicado a los usuarios por un grupo de profesores auxiliares de la ENSAP con experiencia en investigación.

El muestreo propuesto en el procedimiento metodológico califica como de unidades homogéneas,<sup>140</sup> que permite seleccionar subgrupo particular de sujetos con antecedentes y experiencias comunes y quedó recogido en el Capítulo III de Resultados. Es propicio como técnica para la obtención de información en profundidad dentro de un subgrupo homogéneo.<sup>42</sup>

Para la selección de los usuarios se utilizó el muestreo no probabilístico intencional por criterios.<sup>42,138</sup>

Criterios de inclusión:

- Que estuviera presente en el servicio estudiado en el momento de realizar el trabajo de campo.
- Que aceptaran participar de manera voluntaria previo consentimiento dialogado.

Las redes municipales para la prueba de campo final se seleccionaron en las provincias de Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Cienfuegos y Holguín durante el bimestre septiembre-octubre de 2012.

La selección de las provincias se realizó por criterio de autoridad, a solicitud del MINSAP, de la misma forma que la elección de los municipios, donde siempre estuvo la capital de la provincia. Los criterios tomados en cuenta, se relacionaron con el avance en el proceso de transformaciones, así como el alcance y la complejidad que habían tenido en el proceso de compactación, regionalización y reorganización, hasta el momento de la planificación de la investigación. Se propuso al MINSAP que tomara en cuenta una distribución geográfica que incluyera territorios de la región occidental, central y oriental para tener una perspectiva de país en la distribución muestral. Quedaron así seleccionadas cinco provincias, y bajo los mismos presupuestos, se eligieron las redes municipales a explorar.

En Pinar del Río se visitaron los municipios Pinar del Río, La Palma y Consolación del Sur; en La Habana los municipios Plaza de la Revolución y Cotorro; en Matanzas, Matanzas y Colón y los municipios cabecera de Cienfuegos y Holguín.

Las unidades operativas utilizadas para la selección de directivos y prestadores fueron: clínica o servicio estomatológico, hogar materno, hogares de ancianos, policlínicos, consultorios del médico y la enfermera de la familia (CMF) de cada área de salud y dirección municipal de salud.

Tabla 6. Instituciones utilizadas para la validación por tipo y provincia, 2012

Instituciones	Provincias					Total
	Pinar del Río	Matanzas	Cienfuegos	Holguín	La Habana	
Policlínicos	4	3	2	2	5	16
CMF	16	11	3	7	13	50
Hogar materno	3	2	1	1	2	9
Hogar de ancianos	1	2	1	1	2	7
Clínica o servicio de estomatología	3	2	1	1	2	9
Dirección Municipal de Salud	3	2	1	1	2	9

Tabla 7. Personas incluidas en la validación, provincia y municipio, 2012

Actividad Integración	Pinar del Río				Matanzas			Cienfuegos	Holguín	La Habana			Total
	Consolación del Sur	Pinar del Río	La Palma	Sub total Pinar del Río	Matanzas	Colón	Sub total Matanzas	Cienfuegos	Holguín	Cotorro	Plaza de la Revolución	Sub total La Habana	
Directivos	19	19	19	57	22	18	40	20	20	11	15	26	163
Prestadores	13	12	21	46	12	13	25	14	21	10	10	20	126
<b>Satisfacción general</b>													
Satisfacción de usuarios en consultorio	38	61	30	129	80	30	110	28	71	22	63	85	423
Satisfacción de usuarios en policlínico	11	16	10	37	20	10	30	20	20	10	33	43	150

### Procedimiento utilizado en la tercera prueba de campo

Para la tercera prueba de campo, se utilizó la oportunidad que brindó tarea investigativa de evaluación de las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud que condujo la ENSAP a solicitud del MINSAP. El objetivo uno de esta tarea investigativa fue precisamente caracterizar el nivel de integración en redes de servicios de primer nivel de atención. Se aplicó la propuesta metodológica resultante de las modificaciones llevadas a cabo después de las pruebas de campo uno y dos. El proceso recibió continuo acompañamiento de la Dirección de Atención Primaria de Salud del MINSAP como observador externo y cliente final de los resultados a obtener. (Anexos 14 y 15)

En el instrumento definitivo aplicado en las redes municipales de las provincias seleccionadas recogió la siguiente secuencia para las metas y dimensiones, lo que hubo de tomarse en cuenta para realizar los análisis pertinentes, quedando como sigue:

Tabla 8. Relación de metas por dimensión de la integración. ENSAP, 2012

No.	Metas	Dimensión a la que pertenece
1	Definido, a partir del Análisis de la Situación Integral de Salud, la población y características del territorio a cargo de cada servicio.	Modelo de Atención Médica Integral
2	Garantizada una distribución de servicios de salud y recursos humanos, capaz de satisfacer integralmente las demandas de servicio de la población.	Modelo de Atención Médica Integral
3	Fortalecidos los procesos en el primer nivel de atención que favorezcan su rol como puerta de entrada al sistema.	Modelo de Atención Médica Integral
4	Asegurada la proyección comunitaria de especialidades.	Modelo de Atención Médica Integral
5	Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial.	Modelo de Atención Médica Integral
6	Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen cuidados de salud integrales.	Modelo de Atención Médica Integral
7	Establecido un sistema de dirección participativo y único.	Dirección Organización
8	Desarrollada una participación social amplia para la toma de decisiones de salud.	Dirección Organización

9	Implementados procedimientos para la gestión descentralizada integrada de los sistemas de apoyo clínico, logístico y administrativo.	Dirección Organización
10	Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.	Dirección Organización
11	Desarrollado un sistema de información integrado y que vincula y retribuye.	Dirección Organización
12	Desarrollado mecanismos de control del presupuesto y los gastos adecuado a las necesidades de los territorios. Establecido un sistema de estímulos morales y materiales.	Presupuesto y estímulo
13	Las Redes Integradas de Servicios de Salud, cuentan con un sistema de gestión basada en resultados.	Dirección Organización
14	Desarrollada una acción intersectorial amplia.	Dirección Organización

Para la aplicación de instrumentos, que permitan valorar la integración desde la perspectiva de los usuarios de las redes territoriales de servicios del nivel municipal, se utilizó la base instrumental y metodológica para la evaluación de satisfacción con los servicios del policlínico y del consultorio elaborada y validada en la ENSAP a la que el autor de la tesis identificó y seleccionó *ítems* específicos que permitieran identificar la percepción de integración desde la perspectiva de los usuarios de la red.

Se realizó una revisión de contenido de los instrumentos a aplicar en esta fase de la investigación a partir de los dos talleres realizados en la ENSAP. El primero, con todos los miembros del equipo de investigación de la ENSAP seleccionados para evaluar el resultado de las transformaciones en el sector de la salud, y el segundo, con representantes de los territorios a evaluar.

A partir de las sugerencias discutidas en los talleres de preparación de la investigación sobre las transformaciones, se realizaron modificaciones finales a los instrumentos que quedaron listos para el trabajo de campo.

La satisfacción de usuarios con la atención recibida en consultorio y policlínico, a partir de la identificación de ítems específicos se consideró complemento necesario para una mejor caracterización de la integración de las redes exploradas de ineludible inclusión en la investigación.

En el caso de los usuarios la información se recogió mediante aplicación de un cuestionario por un miembro entrenado del equipo de investigación. Se identificaron, en los talleres de preparación, los siguientes aspectos vinculados con la integración.

Para usuarios del consultorio y de policlínico: 1. Condiciones de locales de atención, 2. Tiempo de espera para la atención, 3. Información brindada en el proceso de atención y 4. Coordinación de problemas de salud por el sistema nacional de salud.

Dentro de estos aspectos se identificaron y consultaron con los expertos que diseñaron los instrumentos para explorar la satisfacción a usuarios (anexos 5 y 6), los siguientes ítems:

Tabla 9. Relación de Ítems para la explorar satisfacción de usuarios según dimensión. ENSAP, 2012

De la encuesta para usuarios de consultorio	De la encuesta para usuarios del Policlínico
Dimensión 1. Ítems: a, b <sub>2</sub> , c, d, e, f, g <sub>2</sub> , h, i	Dimensión 1. Ítems: a, b <sub>2</sub> , c, d, e, f, g <sub>2</sub> , h, i, j, k, l, m, n, o
Dimensión 2. Ítems: c, d, e, f	Dimensión 2. Ítems: e, g, j, k
Dimensión 3. Ítems: a, b, c, d, e, f, g	Dimensión 3. Ítems: a, b, c, d
Dimensión 4. Ítems: a, b, c	Dimensión 4. Ítems: a, b, c

Después de oída la opinión de los participantes en el segundo momento del taller se hicieron los ajustes finales a los instrumentos que serían aplicados en las provincias seleccionadas.

Como último paso de esta fase, se establecieron las coordinaciones pertinentes con el MINSAP y la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud para la devolución de resultados. En dos sesiones de trabajo mediante teleconferencia, se entregaron a la Dirección Provincial de Salud de cada provincia los resultados alcanzados y se analizaron con los directivos los problemas identificados. Se envió a cada municipio explorado, a través de correo electrónico, los resultados del proceso y se generó, a partir de esta información, un espacio de intercambio sobre las posibles causas y criterios sobre el procedimiento aplicado.

## Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos se incorporaron a bases de datos utilizando el programa SPSS-15.0 y SPSS-19.0. El procesamiento incluyó la organización de la información en tablas y gráficos resultantes de la caracterización del nivel de integración percibido para una red de servicios de salud y la inclusión de palabras claves que asociaran la meta con un constructo simbólico reducido para la mejor presentación y comprensión de esta información. Los resultados de este ejercicio de síntesis se recogen en este el capítulo IV.

Una vez construidas las bases de datos se procedió a verificar la capacidad de discriminación del procedimiento metodológico propuesto a través del coeficiente de correlación de Pearson para los resultados de directivos y prestadores y el coeficiente de correlación de Spearman para los resultados de integración para cada meta en cada red explorada. Para la interpretación de los resultados se utilizó la siguiente escala:

Tabla 10: Escala de los estadígrafos.

Valor	Relación
0 – 0,25	Escasa o nula
0,26 – 0,50	Considerable
0,51 – 0,75	e/ Moderada y Buena
> 0,75	e/ Buena y excelente

Coeficiente de correlación de Pearson: Se aplicó para establecer la capacidad de discriminación del instrumento en cuanto a las diferencias esperadas en la percepción de integración para las metas de la red según los roles de directivos y prestadores, a través de la correlación entre los índices de integración por metas y su comparación con el índice general de integración según función en todas las redes exploradas en la tercera prueba de campo.

Coefficiente de correlación de Spearman: Se aplicó para establecer la capacidad de discriminación del instrumento en cuanto a las diferencias esperadas en la integración de la red a través de la no correlación entre los índices de integración de las metas en redes seleccionadas. Se seleccionaron dos redes de municipios cabecera provincial (Holguín y Pinar del Río); dos redes de municipios no cabecera (La Palma y Colón) y las dos redes de la capital (Cotorro y Plaza de la Revolución).

#### **IV.II. Resultados**

Las pruebas de campo al procedimiento metodológico, permitieron observar su desempeño durante la aplicación en los grupos y municipios seleccionados y aplicar técnicas de validación de la consistencia interna al instrumento de recogida de información. Se logró en todas las redes de servicio elegidas una participación activa de expertos, directivos y prestadores, tanto en la fase explicativa como en la respuesta al instrumento.

No se percibió por parte del equipo de investigación evidencias de incompreensión sobre el significado de la escala del instrumento o problemas de interpretación, en cuanto a las dimensiones, metas y criterios explorados en los municipios estudiados.

Observadores externos de la Dirección de Atención Primaria de Salud del MINSAP acompañaron en todo momento las pruebas de campo en redes de servicio y mostraron satisfacción con el procedimiento y sus resultados en cuanto a su oportunidad, factibilidad, utilidad y eficiencia. (Anexo 14 y 15).

Los pasos recogidos en el instrumento, así como los requisitos de inclusión y tamaños muestrales, pudieron ser cumplimentados según lo planificado.

En el caso de la prueba de campo aplicada en el municipio Boyeros sirvió para determinar el coeficiente alfa de Cronbach global, para las dimensiones exploradas y al eliminar sucesivamente un atributo *Ítem* según muestra la tabla 4, anexo 16. Los resultados fluctuaron entre 0,921 y 0,982 para todas metas exploradas en el instrumento. Se obtuvo un coeficiente alfa global de 0.958. Dados los

resultados no se eliminaron, después de esta prueba de campo, ninguna de las metas a calificar en el instrumento incluido en el procedimiento metodológico.

En relación con la percepción de integración según dimensiones (Anexo 25: Tabla 9), se observó que las correspondientes a Dirección y Organización y Modelo de Atención Médica Integral, presentaban un número importante de metas con integración parcial. Apareció de manera notable la categoría “con integración parcial” en los municipios Plaza de la Revolución, Cotorro, Matanzas y Colón, seguidos de los municipios Pinar del Río y Consolación. Los municipios Cotorro y Plaza de la Revolución mostraron los mayores valores porcentuales de metas con integración parcial para las tres dimensiones exploradas. Los municipios Cienfuegos y Holguín presentaron los menores valores de integración parcial en las metas de las dimensiones exploradas.

La dimensión Presupuesto y Estímulo se percibió con integración parcial en cuatro municipios. Hubo diferencias en la percepción entre directivos y prestadores en las dimensiones exploradas como muestra la tabla 5. En el municipio Plaza de la Revolución, según los directivos, el 100 % de las metas presentaba integración parcial para todas las dimensiones. La dimensión Presupuesto y Estímulo se percibió con integración parcial en seis de los municipios explorados por los prestadores. Los directivos solo percibieron integración parcial en la meta de esta dimensión en tres municipios.

La utilización del Índice General de Integración, para la presentación en tablas de los resultados obtenidos en las redes del primer nivel de atención en los municipios se muestra en el anexo 17: tabla 5, gráfico 1. Cuatro de los municipios explorados tienen un momento de integración no favorable (Cotorro, Plaza de la Revolución, Matanzas y Colón); mientras que en cinco de ellos hubo un momento de integración favorable. Ocho de las redes municipales exploradas, tuvieron metas con percepción de integración parcial.

La interpretación cualitativa de los índices obtenidos, mostró que de los nueve municipios explorados, solo Holguín tuvo la totalidad de las metas integradas. No hubo metas fragmentadas en ninguno de los municipios. En cinco predominó la percepción de integración para las metas exploradas, mientras que en cuatro predominó la percepción de integración parcial. (Anexo 17: tabla 5, gráfico 1; anexo 18, gráfico 2)

Los directivos y prestadores generaron una caracterización de la integración peculiar en cada dimensión (anexo 25: tabla 9) y meta (anexo 20: tabla 7, gráfico 3; anexo 21, gráficos 4, 5, 6) para cada municipio explorado.

La percepción de integración de directivos y prestadores mostró variaciones en todos los municipios, predominaron las categorías "integrado" y "parcialmente integrado" para las 14 metas exploradas. Los prestadores del municipio Plaza de la Revolución percibieron dos metas fragmentadas en su red de servicios vinculados a la proyección comunitaria de las especialidades y a la disponibilidad de los documentos que norman los procedimientos a ejecutar en sus servicios según muestra el anexo 20, tabla 7, gráfico 3. En los municipios de Pinar del Río, Consolación, Matanzas, Colón y Cienfuegos el número de metas parcialmente integradas percibidas por los prestadores superó a las percibidas por los directivos. El único municipio en el que hubo coincidencia en cuanto a la percepción del nivel de integración alcanzado fue Holguín. Por el contrario, las mayores diferencias en la percepción de integración aparecieron en los municipios de Consolación, Cotorro, Plaza de la Revolución y Cienfuegos. Hubo consenso entre prestadores y directivos acerca de las dificultades para la integración a la red de la gestión de apoyo clínico, logístico y administrativo en seis de los municipios.

El municipio Plaza de la Revolución, mostró la mayor coincidencia en la percepción entre directivos y prestadores en cuanto al número de metas con integración parcial. Holguín, por su parte, mostró la

mayor coincidencia en cuanto a metas integradas. Las mayores divergencias estuvieron en los municipios Consolación y Cienfuegos. (Anexo 20: tabla 7, gráfico 3)

Las metas percibidas “con fragmentación” en la mayoría de los municipios fueron las siguientes:

1. Garantizada una distribución de servicios y recursos humanos, capaz de satisfacer las demandas de servicios de la población.
2. Fortalecidos los procesos en el primer nivel de atención que favorezcan su rol como puerta de entrada al sistema.
3. Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial.
4. Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen los cuidados de salud integrales.
5. Implementados los procedimientos para la gestión descentralizada e integrada de los sistemas de apoyo clínico, logístico y administrativo.
6. Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.
7. Desarrollada una acción intersectorial amplia.

Las metas mejor integradas según el Índice de Meta (IM) para la mayoría de las redes municipales exploradas, fueron las relacionadas con: el análisis de la situación de salud; la proyección comunitaria de las especialidades; el sistema de dirección participativo y único; la participación social en la toma de decisiones en salud; la vinculada con los sistemas de información y la referida al control del presupuesto y los estímulos. No obstante, ninguna meta se percibió integrada en la totalidad de los municipios explorados y se encontraron variaciones importantes en la percepción de integración para las metas entre directivos y prestadores según se aprecia en gráficos seleccionados en el anexo 21, gráficos 4-6.

Se incorpora la relación de criterios con integración parcial por cada meta en las redes territoriales del primer nivel de atención estudiadas. (Anexo 26: Tablas 10-21)

Los criterios percibidos “con fragmentación” por más del 50 % de los entrevistados tomando en cuenta la totalidad de las redes municipales exploradas, fueron 12 recogidos en la tabla.19, anexo 26. Se destacaron los relacionados con la sostenibilidad de los servicios a partir de los recursos humanos y materiales para la proyección comunitaria de las especialidades; el aseguramiento presupuestado para garantizar la estructura y logística necesarias a la red; la necesaria integración en la gestión logística, administrativa y de apoyo clínico para el sostenimiento de los servicios así como el desarrollo del pago por resultados en cargos aprobados.

Los prestadores por su parte consideran “con fragmentación” 13 criterios, mientras que los directivos perciben en esta condición ocho. Aunque los prestadores perciben mayor cantidad de criterios con fragmentación, ambos grupos coinciden en siete de los criterios percibidos con fragmentación como muestran las tablas 20 y 21 del anexo 26.

Los municipios de Cotorro, Plaza de la Revolución, Matanzas y Colón son los que presentan mayor cantidad de criterios “con fragmentación” según la percepción de los participantes. De ellos Plaza de la Revolución es el que mayor cantidad de criterios “con fragmentación” exhibió según se aprecia en la tabla 10.

Tabla 10. Criterios “con fragmentación” en redes de nivel primario de municipios seleccionados. 2012

No	Municipios	Criterios con integración parcial	%
1	Pinar del Río	8	9.7
2	Consolación	8	9.7
3	La Palma	6	7.3

4	Cotorro	30	36.6
5	Plaza de la Revolución	65	79.3
6	Matanzas	22	26.8
7	Colón	31	37.8
8	Cienfuegos	10	12.2
9	Holguín	2	2.4

Fuente: Base de datos, municipios seleccionados 2012.

La percepción de integración a partir del criterio de usuarios de las redes de servicio exploradas mostró que, en el caso de los policlínicos, en cuanto a elementos estructurales de los locales de atención recogidos en el anexo 27, tabla 22, existió un predominio de los criterios evaluados en la categoría "bueno". Predominaron la respuesta "de satisfecho" en las variables seleccionadas para explorar el tiempo de espera según muestra la tabla 23, del anexo 27. La información recibida en el proceso de atención calificó como acorde a lo esperado (en la categoría "siempre") según los entrevistados en estas unidades, anexo 27, tabla 24. Se exploró también la satisfacción en cuanto a la coordinación por parte de la red de servicios para la solución de los problemas de salud, con resultados de "siempre" en todos los ítems evaluados. (Anexo 27. Tabla 25)

La exploración de la integración a partir de la satisfacción de la población según las condiciones de los locales de atención, el tiempo de espera, la información recibida durante el proceso de atención y coordinación de problemas de salud, aunque no mostró unanimidad, no aportó elementos que permitan inferir problemas sistemáticos desde la perspectiva del usuario atendido en el policlínico.

En el caso de los usuarios de la red de servicios del primer nivel de atención entrevistados en los consultorios del médico y la enfermera de la familia, los resultados se recogen en el anexo 27: tablas 26-29.

La exploración de la integración a partir de la satisfacción de la población en cuanto a condiciones de los locales de atención, el tiempo de espera, la información recibida durante el proceso de atención y coordinación de problemas de salud no aporta elementos que permitan inferir problemas sistemáticos desde la perspectiva del usuario atendido en el consultorio.

### **Resultados obtenidos al aplicar coeficientes de correlación a los resultados obtenidos tras la prueba de campo**

En el municipio Pinar del Río, para el coeficiente de correlación de Pearson (anexo 22, tabla 8), se encontró la mayor correlación entre los Índices de Integración según Función (IIF), por lo que en la mayoría de las metas, la percepción de integración fue similar entre directivos y prestadores. El resto de los coeficientes de la provincia se incluyeron en la categoría de "bueno" aunque los valores fueron menores, lo que se correspondió con mayores diferencias en la percepción de integración por metas.

En el resto de los municipios fue menor la correlación entre directivos y prestadores en cuanto a la percepción de integración por metas, independientemente de la similitud entre los Índices Generales de Integración según función. Es decir, que a pesar de tener coincidencia en cuanto al nivel de integración general, el procedimiento logró discriminar las diferencias en cuanto a la percepción de integración de estos grupos en cada meta.

Con respecto al coeficiente de correlación de Spearman ( $r_s$ ) (anexo 19, tabla 6) aplicado a redes seleccionada, se esperaba que el procedimiento fuera capaz de discriminar las diferencias entre redes que se presuponen diferentes a pesar de que puedan compartir algunas características en común (urbanas, rurales, cabecera provincial o no, primer nivel de atención, sistema único). Una

relación débil en los resultados obtenidos al explorar las redes a través del procedimiento es lo esperado dadas sus propiedades emergentes como sistemas complejos. En el caso de Pinar del Río y Holguín la asociación fue inversa y escasa o nula. También resultó una asociación inversa entre los municipios de La Palma y Colón con un coeficiente de correlación de  $-0,34$  que no llega a ser moderado o bueno. La asociación en Plaza de la Revolución y Cotorro fue directa pero escasa o nula, con una  $r_s$  de  $0,098$ .

El proceso de intercambio con las direcciones provinciales y municipales sobre los resultados obtenidos fue el sustrato de la discusión de este capítulo.

#### **IV.III. Discusión**

El resultado de la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach al instrumento aportó una muy buena confiabilidad, lo que indica cada una de las dimensiones y metas exploradas tienen un alto valor para garantizar la homogeneidad del instrumento.<sup>43</sup> No se aplicaron otras técnicas para evaluar la consistencia ya que no se disponía de un instrumento paralelo válido para hacer una aplicación simultánea y comparar los resultados. No se aplicó una prueba de *test - retest* por cambios en las condiciones del municipio Boyeros que impidieron una nueva aplicación del instrumento al mismo grupo muestral.

Por su parte, la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) y de Spearman ( $r_s$ ) mostraron la capacidad del procedimiento metodológico de discriminar diferencias esperadas según función y tipo de red, así como la independencia de los resultados tanto para los grupos de directivos y prestadores como entre las redes exploradas.

Para el análisis de los resultados de la prueba de campo del procedimiento metodológico, se debe pensar la red de servicios de salud desde una perspectiva dinámica. Ello nos pone a las puertas del abordaje de la complejidad sin pretender enfocar el análisis desde ese campo. La concepción de "redes dinámicas" provee una línea de pensamiento que permite pensar la complejidad

organizacional en su devenir transformador y en su multidimensionalidad, lo que resulta muy conveniente en el momento de dotar de significado al “momento de integración” de una red y a cuales dimensiones, atributos y criterios de integración deberán encaminarse los principales esfuerzos para generar o mejorar el nivel de integración.<sup>180</sup>

La diferencia observada en cuanto a la integración percibida por directivos y prestadores tiene algunas de sus fuentes en las peculiaridades estructurales y de los procesos que se conducen en la red de servicios del nivel primario bajo las direcciones municipales de salud,<sup>181</sup> los sistemas de relaciones sociales históricamente construidos entre los directivos y prestadores, la cultura organizacional de la red municipal y de cada unidad organizativa, así como las complejas interrelaciones entre la población, los prestadores y directivos; la vivencia cotidiana del acto de prestar servicios de salud o dirigir en un contexto particular; los factores externos al sector de la salud que influyen la toma de decisiones y las acciones a realizar en los municipios y el estilo de dirección y conducción de procesos que se desarrollaron durante el proceso de implementación de las transformaciones entre todos los actores con autoridad para dirigir, tanto dentro como fuera del sector. Los datos obtenidos de los grupos, contrastantes entre sí, expresan las diferencias en cuanto a las formas de conocimiento socialmente elaborado, que proviene de las distinciones cognitivas, formativas e informativas entre dichos grupos tal como ha sido desarrollado por Vargas y Casillas.<sup>182,183</sup>

La percepción encontrada entre los prestadores sobre la integración en su red, depende entre otros factores de una correcta dirección, organización, gestión y administración de los recursos necesarios para satisfacer las demandas de los servicios que les permita un desempeño efectivo. El área de la prestación está además integrada a procesos de captación, formación de pregrado y de postgrado y superación continua posgradual del personal que trabajará vinculado, de forma directa o indirecta, a los servicios de salud. Necesita por ello, para ser efectiva y cumplir con las demandas de los

servicios y de la población, una base estructural adecuada, procesos definidos y aceptados y competencias que permitan un adecuado desempeño. La prestación de servicios de salud depende, entre otros muchos aspectos, de la disponibilidad del recurso humano, su capital intelectual y el comprometimiento y voluntad de llevar adelante las numerosas exigencias que desde los servicios y las necesidades del país se generan. Los procesos de transformación que se condujeron durante el 2011 en los servicios,<sup>184</sup> entendidos como reorganización, compactación y regionalización, suponen tensiones a la integración en los servicios desde la perspectiva de los prestadores, así como pudieron impactar la satisfacción de los usuarios. Estos procesos deberán ser analizados por las autoridades de cada territorio en base a estudios concretos.<sup>185</sup>

Se debe tomar en consideración, que la red estructural (conformada por las distintas instituciones) genera una red de relaciones, redes sociales de intermediación entre elementos que se toman como estructurantes (ejes de dirección) y los resultados verificables en la práctica:<sup>186</sup> el grado de satisfacción de usuarios, la percepción de integración de la red de servicios por parte de los prestadores y directivos y finalmente, el estado de salud de la población y el logro de metas en salud.

Las particularidades del modelo cubano de sistema sanitario único, presupuestado, que forma su recurso humano, administra los recursos y gestiona a través de conjunto empresarial propio el suministro de soporte logístico entre otros factores, articula un complejo entramado de relaciones causales para cada uno de los resultados obtenidos y tendrá un campo particular de profundización de acuerdo a las peculiaridades identificables en cada uno de los territorios. (Anexo 18, gráfico 2)

La perspectiva de los prestadores reclama una revisión del modelo de atención médica integral que permita garantizar la prestación de calidad a la que está llamado el Sistema Nacional de Salud y en particular su primer nivel de atención. Se debe tomar en cuenta que, el manejo adecuado de la información, la planificación de recursos humanos; los sistemas de información y la gestión

descentralizada de apoyo clínico, logístico y administrativo, cuando son efectivos y eficientes, pueden ser motores que generan seguridad y calidad en el ambiente laboral de la red con repercusión en los resultados alcanzados.

La falta de integración de metas puede ser causa de un aumento de la tensión en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud por parte de la población y los prestadores versus los directivos, pérdida de información útil para la toma de decisiones y para el manejo de problemas de salud, despilfarro de tiempo, aumento del gasto de bolsillo de los pacientes y demora en el acceso a servicios.

Algunos ejemplos sacados de la vivencia del autor de este trabajo incluyen el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada, con lo cual se elude la consulta ambulatoria y se sobrecargan los servicios de urgencia hospitalarios; la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en el área de salud municipal o de policlínico o la prolongación de la estadía en los hospitales, por dificultades para el alta a los enfermos con problemas sociales.

En investigaciones realizadas, los problemas de integración en las redes de servicios de salud se percibe como un problema, tanto por los directivos y prestadores del primer nivel de atención como por los de la atención secundaria. Por ejemplo, el 22 % de los encuestados del primer nivel de atención y el 35 % de los gestores/prestadores de la atención especializada, consideraron que los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los niveles de la atención funcionan adecuadamente. Con respecto al sitio de la atención, los encuestados señalaron que cerca del 52 % de los pacientes hospitalizados podrían haber sido tratados fuera del entorno hospitalario. Por último, solo el 45 % de los entrevistados del primer nivel de atención señalaron que los pacientes son examinados por el mismo médico/equipo de salud, es decir, pocos cuentan con una fuente estable de atención.<sup>1,18,19</sup>

Una meta que necesita atención, es la relacionada con los sistemas de estímulos, tanto morales como materiales, que se vinculen a resultados de trabajo. Muchos de los aspectos tratados con anterioridad se escapan de la capacidad de gestión directa de la dirección de la red municipal e incluso provincial pero deben ser tomados en cuenta para futuras intervenciones y abordajes.

Las respuestas obtenidas apuntan a la dimensión del Modelo de Atención Médica Integral y a la Dirección y Organización en cuanto a las dificultades para una gestión de soporte clínico, administrativo y logístico para que la red sea oportuna y eficiente; la disponibilidad de recursos humanos competentes y comprometidos y los sistemas de información, que permitan una verdadera articulación entre los de datos, el análisis y la toma de decisiones. El presupuesto necesario y su manejo eficaz y eficiente para la sostenibilidad estructural y de los procesos de la red, aparecen con problemas de integración.

El proceso de transformaciones necesarias hizo énfasis en la selección y adecuación del recurso humano necesario a la red. No obstante, los recursos humanos son elementos estructurales de alto dinamismo y movilidad en cuanto a factores que deben tener sistemático monitoreo. La Gestión Integrada de los Recursos Humanos o más actual, moderno de Capital Humano o el Talento Humano,<sup>187,188</sup> debe tomar en cuenta en sus análisis en la base y por niveles de complejidad en la dirección, no solo el número y la distribución de los recursos humanos para los servicios de salud, sino también los resultados de las evaluaciones de competencias apropiadas, pues estas se traducen directamente en capacidades para prestar atención y servicios para satisfacer necesidades de la población. La meta sería lograr una fuerza laboral "suficiente, competente y comprometida" que se sienta valorada por la organización. El sistema de salud cubano dispone de un arsenal de herramientas administrativas para el correcto manejo de su capital humano que, si se utilizaran bien, favorecerían una gestión exitosa del más valioso de los recursos. Entre ellas se pueden mencionar: Convenio Colectivo de Trabajo, Reglamentos Internos, Manual de Funcionamiento Interno,

Reglamentos disciplinarios, resoluciones para la contratación, Sistema de Gestión Integral del Capital Humano (NC-3000, 3001,3002), Sistema de Evaluación del desempeño, Sistema Nacional de Capacitación.

El proceso vinculado a la selección, coordinación de consultas, establecimiento de frecuencia, remisión hospitalaria, contrarreferencia y solución de problemas de salud con especialistas no básicos es complejo. Implica una clara identificación de las necesidades de acuerdo a la demanda recogida de especialidades no básicas, identificar los especialistas, generar compromiso, aplicar mecanismos para coordinar los casos desde el consultorio médico o los servicios a la consulta, controlar el proceso, garantizar información oportuna para pacientes y prestadores y satisfacer la demanda y dar seguimiento a cada caso. Este complejo de acciones y procedimientos, deberá estabilizarse en tiempo, recursos humanos y controles y formar parte de las áreas principales de gestión del equipo de dirección del policlínico y tener un sistemático monitoreo municipal y provincial. La movilidad del recurso humano del segundo nivel, para la prestación de servicios directos en el primer nivel, es un reto que implica lograr compromiso con la tarea, garantizar espacios, generar motivaciones y gestionar recursos y medios para la garantía de calidad en la prestación del servicio, atendiendo especialmente las necesidades en todo lo que sea posible del personal de salud involucrado. Un sistema de incentivos en este aspecto, sería interesante como posibilidad a analizar en cuanto a factibilidad e impacto potencial.

Con respecto a los servicios de soporte que se encuentran recogidos en el la meta nueve, constituyen pasos intermedios imprescindibles para la atención integral y de calidad deseada para pacientes y población. Están concebidos como facilitadores o catalizadores para los servicios finales, pero cuando están insuficientemente o parcialmente integrados, generan un grupo importante de distorsiones en la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios y los prestadores y por ende, los resultados finales en salud. Entre ellos se incluyen los servicios de soporte clínico, conformados

por: la gestión de apoyo para el diagnóstico (instrumental, equipos médicos, modelaje) y el tratamiento, como laboratorio, imagenología, electrocardiograma; áreas de apoyo administrativo, conformados por: servicios como dirección, administración interna (economía, recursos humanos, almacenes, alimentación, vigilancia, mantenimiento, agua, electricidad, limpieza de locales, condiciones asignadas para trabajo y descanso) y servicios de apoyo logístico, como transporte de salud y administrativo y sistemas de información sanitaria, económica, logística y de recursos humanos.

El proceso de transformaciones compactó algunas de las funciones de apoyo clínico (por ejemplo, servicios de laboratorio clínico y radiología, endoscopía y ultrasonografía) para promover la eficiencia global de la red. Los procesos de compactación debieron generar, a su vez, mejor integración en la gestión de soporte, pero no fue objetivo explícito desarrollar los procesos vinculados a esta área. Las modificaciones estructurales generadas por la compactación de servicios debieron adecuar y desarrollar todos los procesos vinculados para garantizar una prestación efectiva.

Aunque el Sistema Nacional de Salud, cuenta con mecanismos instituidos para facilitar la gestión del soporte clínico, administrativo y logístico y tiene implementadas normas y procedimientos que se socializan, instituyen y controlan a través de reuniones de frecuencia, cuando menos mensual, no se encuentra desarrollado un sistema de indicadores de desempeño de la gestión de soporte, que permita su evaluación continua en relación con su impacto en la calidad y eficiencia y efectividad de los servicios en las redes de salud. La integración de esta función con la planificación y la revisión y control sistemático de los procesos y procedimientos, para cada uno de sus componentes, parece ser una necesidad de los servicios en las redes exploradas, sentido tanto por prestadores como por directivos.

El caso de los medicamentos, como parte del soporte de los servicios, tiene grados variables de descentralización y participación intersectorial para su gestión que no fueron explorados en esta tesis, pero deben ser tomados en cuenta para hacer análisis puntuales. Lo mismo sucede con los sistemas de almacenamiento para alimentos, soporte clínico, lencería, medicamentos, materiales de mantenimiento, modelos, entre otros.

Las metas integradas, son fortalezas del sector con potencialidades para mejorar aquellas con integración parcial, por lo que deben ser a tomar en cuenta en el diseño de las estrategias provinciales para intervenir en las áreas con mayores debilidades.

La Gestión Basada en Resultados (GBR) explorada en el atributo 13 y definida como una estrategia o enfoque por el cual una organización asegura que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de resultados claramente definidos, provee por su parte un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de todos los actores que conforman las redes de servicios en todos los niveles tales como: prestadores, administrativos, directivos, responsables de programas y áreas y decisores de políticas. Corresponde también incorporar esta gestión a una estrategia de dirección y administración amplia, orientada a lograr cambios importantes en la forma en que las instituciones del Sistema Nacional de Salud operan, con mejoras en el desempeño y el logro de resultados como su orientación central, para ello, es necesario definir resultados realistas, dar seguimiento y evaluar el progreso hacia el logro de los resultados esperados, integrar las experiencias adquiridas dentro de las decisiones de gestión y reportar el desempeño. Este marco de oportunidad que ofrece la gestión por resultados deberá aprovecharse al máximo de sus capacidades para generar desarrollos en la integración de la red en cada territorio.

El grado de satisfacción de la población con los servicios, enfocada en la percepción de integración está claramente relacionado con la concordancia (o discrepancia) entre las expectativas previas y la

percepción del servicio recibido. Las opiniones de los usuarios, así como la valoración de la satisfacción en la literatura revisada, se han utilizado como poderosos instrumentos para la mejora de la calidad asistencial y, en definitiva, para la adecuación entre las necesidades y la provisión de servicios de salud.<sup>189,190</sup> Los planteamientos anteriores sustentan la necesidad de explorar esta área en investigaciones sobre la integración en redes de servicio del Sistema Nacional de Salud.

Se toma en cuenta adicionalmente, que la evaluación del buen funcionamiento de un servicio, desde la perspectiva de los usuarios, se viene realizando en los últimos años mediante aproximaciones basadas en el análisis de las percepciones que tienen los clientes respecto a determinados aspectos del servicio. La identificación de los puntos fuertes y débiles del funcionamiento del servicio, tal y como los perciben los usuarios, es un elemento clave para la gestión y en especial para la mejora de los procesos.<sup>191</sup>

No obstante esta realidad, en un estudio publicado en la Gaceta Sanitaria del 2013, aparece que los elementos relativos a la gestión de los procesos, como sucede por ejemplo en el caso de la facilidad para obtener visita en los centros de atención primaria y de atención especializada ambulatoria, la coordinación entre niveles asistenciales para los que acudieron a las consultas externas o la propia organización de los servicios de urgencias, aparecen en el cuadrante que identifica áreas de baja prioridad en cuanto a referentes de satisfacción, debido a que los usuarios estiman estos aspectos como relativamente menos importantes. Otros elementos, como el tiempo dedicado por el médico a las consultas especializadas ambulatorias y en urgencias, así como la limpieza en los centros de atención primaria y de atención especializada ambulatoria aparecen también en el área de baja prioridad.<sup>192</sup>

Entre los aspectos con valoraciones de importancia mayor que la media y con percepciones de satisfacción por debajo de la media, aparecen el tiempo dedicado por el médico y la predisposición para dar su opinión en las consultas en atención primaria y la limpieza de las instalaciones en los

servicios de urgencias hospitalarias; de ahí la conveniencia de concentrar los esfuerzos en estos aspectos para mejorar la calidad de la atención en salud.<sup>192</sup>

Dados los elementos anteriores, es recomendable tomar con cautela el análisis de los resultados obtenidos en cuanto a la satisfacción de los usuarios en el policlínico y en el consultorio médico.

### **Conclusiones**

El procedimiento metodológico propuesto es válido para caracterizar el nivel de integración alcanzado en el contexto de redes de servicio de salud del nivel primario de atención.

Predomina la satisfacción entre los usuarios entrevistados con los elementos de la integración de la red de servicios explorados.

## CONCLUSIONES

Se dispone de un marco operacional para caracterizar el nivel de integración de una red territorial de servicios de salud del nivel primario de atención.

La validación del procedimiento metodológico, genera resultados que aportan confiabilidad, capacidad discriminatoria, oportunidad, factibilidad y utilidad para su aplicación.

El procedimiento metodológico diseñado para la caracterización del nivel de integración en redes del nivel primario de atención, constituyen un desarrollo tecnológico válido para el monitoreo de la integración en el primer nivel de atención del Sistema Sanitario cubano.

## RECOMENDACIONES FINALES

Utilizar, en las redes de servicios que participaron en la validación, los resultados obtenidos para diseñar, implementar y monitorear intervenciones que mejoren la integración.

Extender el proceso de caracterización del nivel de integración a otras redes de servicios de nivel primario en el país.

Continuar desarrollando esta línea de investigación en cuanto a la creación de indicadores y estándares así como su utilización y adecuación para otros niveles de atención.

Los criterios de integración explorados con percepción de fragmentación se proponen como área de atención para definir y precisar las causas y consecuencias y posteriormente valorar, por las respectivas direcciones, la posibilidad de emprender acciones a corto, mediano y largo plazo, que generen desarrollos en cuanto a su mejor integración a la dinámica de la red.

Desarrollar investigaciones que exploren la satisfacción de los usuarios con los servicios desde una perspectiva integradora a través de técnicas e instrumentos elaborados para ello.

Anexo 1

Tabla 1. Vínculos de los eventos en el desarrollo de sistema de salud cubano con la propuesta actual de integración de redes. Años seleccionados, 2012

<b>Antecedente en el sistema sanitario cubano en el período posterior a 1959</b>	<b>Propuesta actual de redes integradas de servicios de salud impulsada por OMS/OPS entre los años 2003-2013</b>
<p><b>1961.</b> Construcción y puesta en funcionamiento de los hospitales rurales con funciones tanto intra- como extramurales. Fundación del Ministerio de Salud Pública.</p>	<p>Extensión de cobertura. Extensión de prestaciones según identificación de necesidades poblacionales. Servicios con primeros pasos de enfoque integral de atención.</p>
<p><b>1964.</b> Creación de los policlínicos integrales.</p>	<p>Extensión de cobertura. Extensión de prestaciones según identificación de necesidades poblacionales. Servicios con primeros pasos de enfoque integral de atención. Territorialización.</p>
<p><b>1965.</b> Introducción de los programas básicos integrales con orientación preventiva curativa y de atención al medio ambiente. Se define el área de salud.</p>	<p>Modulación y regulación. Territorialización. Desarrollo de la integralidad en la atención.</p>
<p><b>1969.</b> Se establece un sistema de dirección única. Se extingue prácticamente el ejercicio de la medicina privada.</p>	<p>Sistema de dirección único. Integración en un sistema único de la actividad de prestación de servicios de salud.</p>
<p><b>1976.</b> Adopción de la nueva división político-administrativa en 14 provincias y 169 municipios en instauración de los Órganos locales del Poder Popular. Se implanta el sistema de Dirección y Planificación de la Economía. Estructuración del SNS en tres niveles administrativos: Nación Provincia, Municipio. El MINSAP queda subordinado al Estado y al Gobierno. Mantiene jerarquía técnica sobre las direcciones Provinciales y Municipales que se subordinan, a su vez, a las asambleas de los gobiernos respectivos. Desaparición de las direcciones regionales.</p>	<p>Territorialización. Distribución de las prestaciones por niveles de complejidad interrelacionados (integrados) bajo una dirección descentralizada pero única. Integración de la salud a las políticas del estado.</p>

<b>Década del 70´</b> . Se crea el modelo de medicina en la comunidad.	Extensión de cobertura. Extensión de prestaciones integrales según identificación de necesidades poblacionales. Desarrollo de la territorialización.
<b>Década del 80´</b> . Modelo cubano de medicina familiar	Extensión de cobertura. Extensión de prestaciones integrales según identificación de necesidades poblacionales. Desarrollo de la territorialización.

Nota: Diseñada por el autor de la tesis.

Fuente: Máquez M, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Medicina General Medicina Familiar. Experiencia Internacional y Enfoque Cubano. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2011.

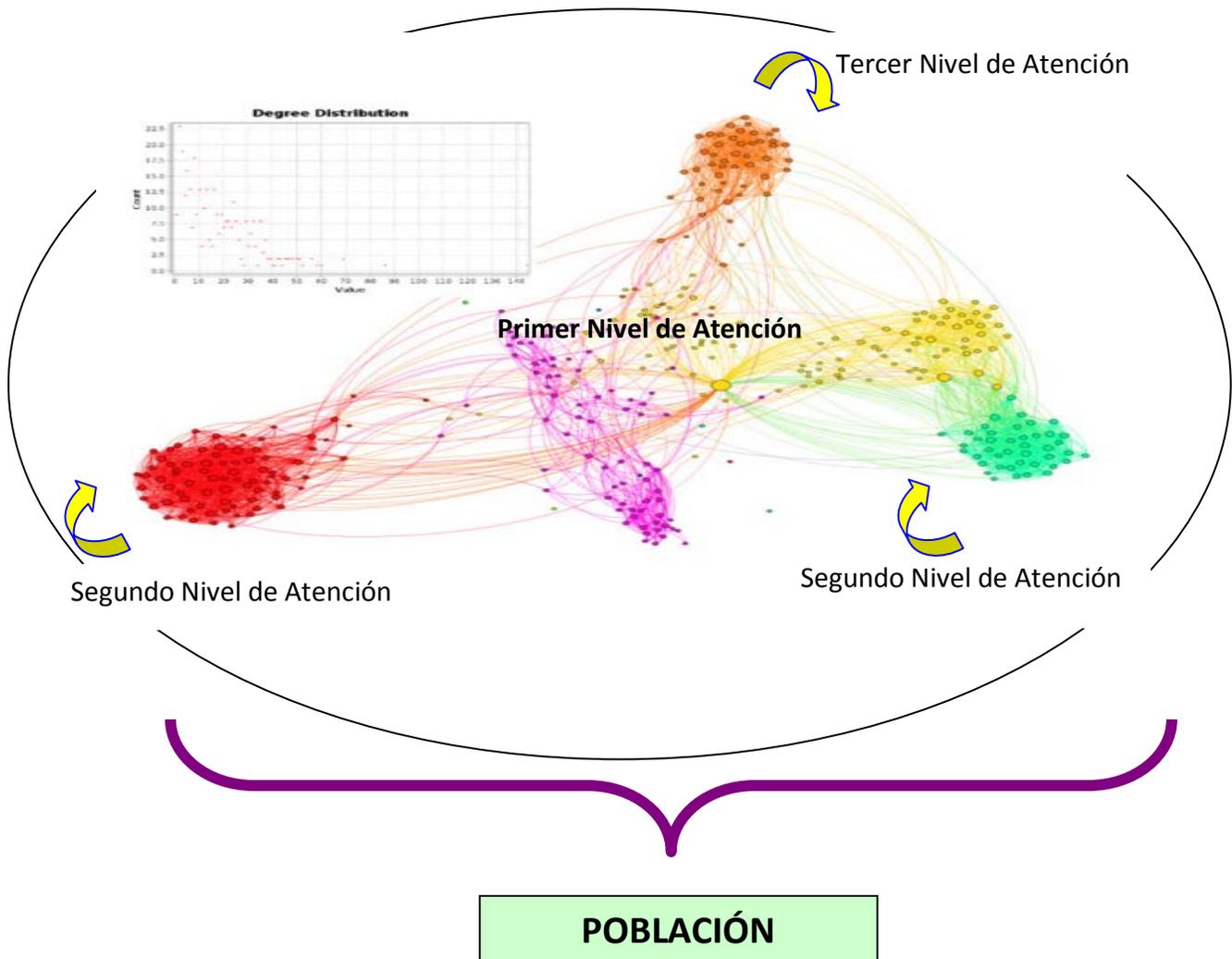


Figura 1: Ideograma de Redes.

Fuente: Adaptado por el autor de gráfico de red. ENSAP, 2013

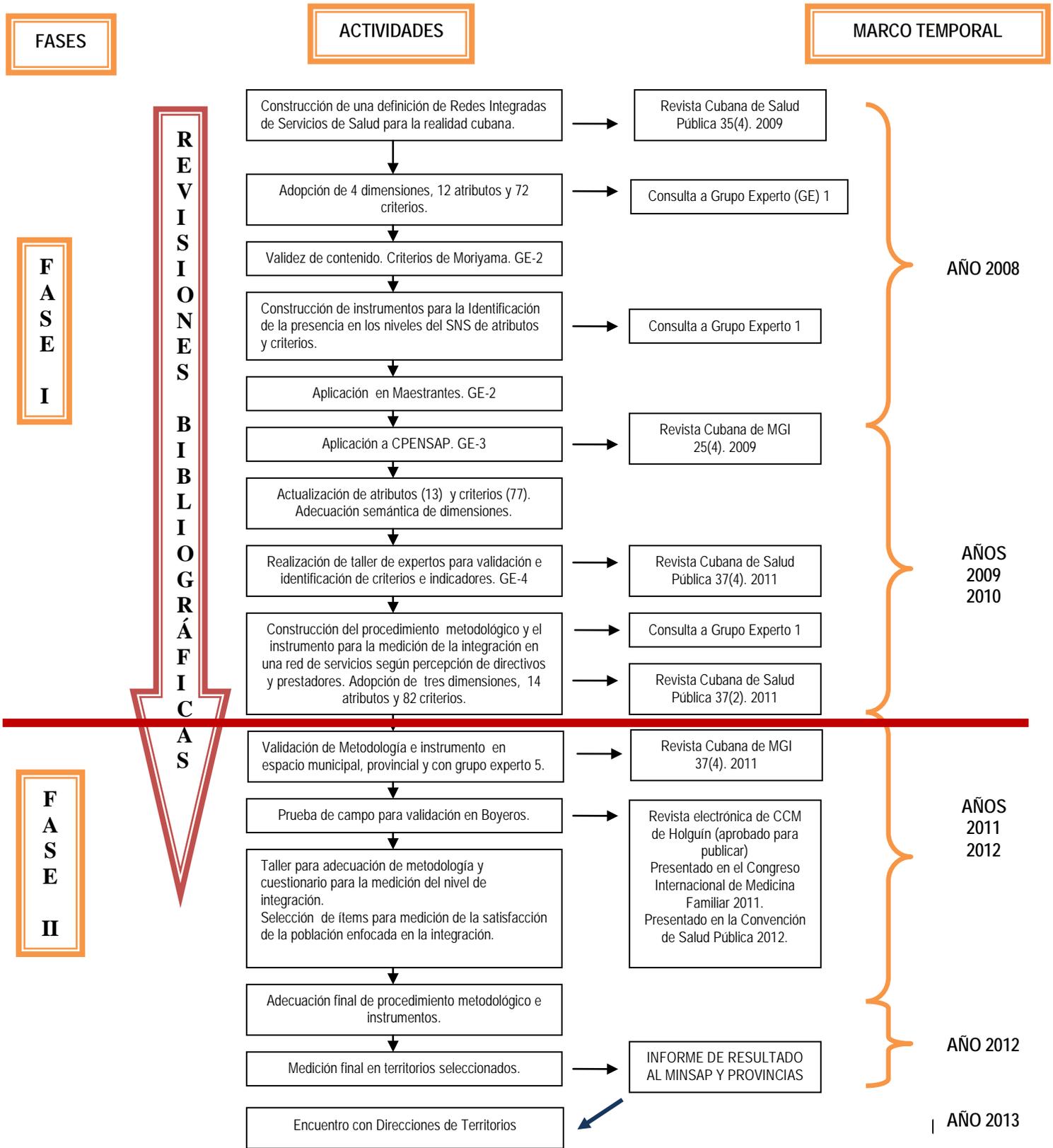


Figura 2: Algoritmo metodológico.

Anexo 4: Instrumento para recogida de información incorporado al procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración percibido en el primer nivel de atención. (Sección de muestra del Instrumento)

Provincia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Área de Salud: \_\_\_\_\_

Tipo de Unidad: \_\_\_\_\_

Prestador \_\_\_\_\_ Función que realiza: \_\_\_\_\_

Directivo \_\_\_\_\_ Función que realiza: \_\_\_\_\_

De acuerdo a su percepción, marque la opción que mejor describa el momento en que se encuentra la red de servicios donde UD. labora, después de concluido el proceso de compactación, regionalización y reorganización.

**Para facilitar las respuestas le ofrecemos las siguientes definiciones:**

**La red de servicios está Fragmentada:** El proceso de transformación no ha logrado satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

**La red de servicios está Parcialmente Integrada:** El proceso de transformación ha logrado en parte, satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

**La red de servicios está Integrada:** El proceso de transformación ha logrado plenamente satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

Le agradecemos su cooperación para la realización de esta investigación

Atributo/Meta de la Integración	Criterios aplicados a la atención materna infantil en la Red	Red Fragmentada	Red Parcialmente Integrada	Red Integrada
1-. Definido, a partir del ASIS*, la población y características del territorio a cargo de cada servicio. Evidenciar un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias	La red de servicio tiene claramente identificada la cantidad de población que atiende y su ubicación territorial.			
	Para la definición de los servicios (plantilla necesaria, instrumental y equipos y espacios adecuados) se utiliza información actualizada sobre la población/territorio a cargo que proviene fundamentalmente del ASIS*.			
	Se utiliza el ASIS*, como documento básico para generar los conocimientos sobre las necesidades y demandas de salud de cada			

<p>en salud, las cuales determinaron la oferta y dinámica de servicios del territorio.</p>	<p>grupo poblacional. Se realiza una planificación de servicios tomando en cuenta: las proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud, el número y composición del personal de salud que será necesario, los recursos materiales, programas y servicios de salud para cubrir necesidades futuras</p>			
<p>2-. Garantizado, de acuerdo a las necesidades del territorio, una distribución de establecimientos, servicios de salud y recursos humanos, capaz de satisfacer integralmente las demandas de servicio de la población.</p>	<p>Se generan y utilizan mecanismos, para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.</p>			
	<p>Se garantiza la resolutivez, para que la red de servicios de primer nivel de atención sea capaz de proporcionar cuidados a enfermos crónicos y agudos, situaciones de urgencias e integrar cuidados personales con servicios de salud pública y asistencia social.</p>			
	<p>Se enfatiza en la integralidad de la atención, tomando en cuenta los servicios de salud pública, servicios de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad.</p>			
	<p>Se promueve la regionalización tomando en cuenta criterios de proximidad geográfica a las unidades de salud, independiente de su nivel de complejidad para que estén lo más cercano posible al lugar de residencia de las personas.</p>			
	<p>Se logró mantener tamaños poblacionales, que permiten acometer las funciones a realizar en cada servicio para: facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios.</p>			
	<p>El primer nivel logra integrarse para brindar cuidado integral, capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital.</p>			

\* ASIS: Análisis de la Situación Integral de Salud



Anexo 5: Cuestionario para determinar la satisfacción de usuarios con la atención recibida en consultorio médico con ítems enfocados en la integración. ENSAP, 2012

I. Datos Generales					
1.1 Área de Salud: _____ 1.2 GBT No. _____ 1.3 CMF No. _____					
1.4 Municipio: _____ 1.5 Provincia: _____					
1.6 Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años 1.7 Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 1.8 Gestante <input type="checkbox"/> 1.9 Adulto Mayor <input type="checkbox"/> 1.10 Hipertenso <input type="checkbox"/>					
II. Satisfacción con la atención en CMF					
2.1 Condiciones de locales de atención		Bueno	Regular	Malo	No procede
a. Limpieza					
b. Iluminación	Natural				
	Artificial				
c. Estado de puertas, ventanas					
d. Estado de paredes, pintura					
e. Muebles para pacientes en sala de espera					
f. Muebles para pacientes en consulta					
g. Ventilación	Natural				
	Artificial				
h. Estado de sábanas					
i. Estado y funcionamiento de los baños					
En caso de evaluación regular o malo, especificar condición y motivos de esos criterios					
2.2 Tiempo de espera para la atención		Satisfecho	Parcialmente satisfecho	No Satisfecho	No procede o no ha usado el servicio
a. Consulta del médico					
b. Procederes de enfermería					
c. Para recogida de resultados de laboratorio clínico					
d. Para recogida de resultados de ultrasonido					
e. Recoger ambulancia					
f. Gestión médica para asistencia social					
En caso de respuesta parcialmente satisfecho o no satisfecho, especificar servicio y motivos de esos criterios					
2.3 Calidad del trato del personal		Bueno	Regular	Malo	No procede o no ha usado el servicio
a. Enfermería					
b. Médico (interrogatorio, examen físico, etc.)					
c. Personal de limpieza y otros servicios					

En caso de evaluación regular o malo, especificar tipo de personal y motivos de esos criterios				
<b>2.4 Privacidad</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>No procede o no ha usado el servicio</b>
a. Consulta médica				
b. Procederes de enfermería (inyecciones, curaciones, otros)				
c. Traslado en ambulancia				
En caso de evaluación regular o malo, especificar servicio y motivos de esos criterios				
<b>2.5 Información brindada en el proceso de atención</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>No procede</b>
a. Sobre su situación de salud				
b. Sobre exploraciones físicas				
c. Sobre las pruebas diagnósticas				
d. Sobre orientaciones emitidas por el personal de salud (si responde a veces o nunca especificar)				
e. Sobre cómo acudir a otros servicios o instituciones para completar diagnóstico y(o) tratamiento.				
f. La aclaración de dudas y preocupaciones				
g. El proceso de atención se acompaña de la historia clínica				
Para las respuestas a veces o nunca, especificar tipo de información y motivos de esos criterios				
<b>2.6 Coordinación de problemas de salud por el SNS</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	
a. Sus problemas de salud son tratados en el lugar adecuado				
b. Sus problemas de salud son tratados en el momento adecuado				
c. Sus problemas de salud son tratados por el personal calificado que requieren				
Para las respuestas a veces y nunca especificar ítem y motivo de la evaluación				
<b>2.7 Evaluación de la solución brindada al problema de salud</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>No ha concluido proceso de atención</b>
a. La solución que dieron al problema de salud se califica como				
En caso de evaluación regular o malo, especificar motivos de esos criterios				
<b>2.8 Percepción general sobre la calidad de la atención</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>No responde</b>
a. La percepción general sobre la calidad de la atención brindada se considera				
En caso de evaluación regular o malo, especificar motivos de esos criterios				

Anexo 6: Cuestionario para determinar la satisfacción de usuarios con la atención recibida en policlínico con ítems enfocados en la integración. ENSAP, 2012

III. Datos Generales				
1.1 Área de Salud: _____		1.2 GBT No. _____		
1.4 Municipio: _____		1.5 Provincia: _____		
1.6 Edad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años		1.7 Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
1.8 Gestante <input type="checkbox"/>		1.9 Adulto Mayor <input type="checkbox"/>		1.10 Hipertenso <input type="checkbox"/>
1.1 Otro <input type="checkbox"/>				
IV. Satisfacción con la atención en el Policlínico				
2.1 Condiciones de locales de atención	Bueno	Regular	Malo	No procede
j. Limpieza				
k. Iluminación	Natural			
	Artificial			
l. Estado de puertas, ventanas				
m. Estado de paredes, pintura				
n. Muebles para pacientes en sala de espera				
o. Muebles para pacientes en consulta				
p. Ventilación	Natural			
	Artificial			
q. Estado de sábanas				
r. Estado y funcionamiento de los baños				
s. Lugar donde tomar agua				
t. Condiciones de la sala de observaciones				
u. Condiciones del área de emergencia				
v. Agua para lavado de manos				
w. Jabón				
x. Estado toalla				
En caso de evaluación regular o malo, especificar condición y motivos de esos criterios				
2.2 Tiempo de espera para la atención	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	No Satisfecho	No procede o no ha usado el servicio
a. Consulta del médico				
b. Procederes de enfermería				
c. Para toma de muestra en laboratorio clínico				
d. Para realizarse exámenes de Rayos X				
e. Para recogida de resultados de Rayos X				
f. Para realizarse ultrasonido				
g. Para recogida de resultados de ultrasonido				

h. Para Medicina Física y Rehabilitación (consulta)				
i. Para Medicina Física y Rehabilitación (tratamiento)				
j. Recoger ambulancia				
k. Asistencia Social				
En caso de respuesta parcialmente satisfecho o no satisfecho, especificar servicio y motivos de esos criterios				
<b>2.3 Calidad del trato del personal</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>No procede o no ha usado el servicio</b>
a. Enfermería				
b. Médico (interrogatorio, examen físico, etc.)				
c. Personal del SIUM durante el traslado				
d. Personal técnico Rayos X				
e. Personal técnico laboratorio clínico				
f. Personal que realiza ultrasonido				
g. Personal en consulta de Medicina Física y Rehabilitación				
h. Personal técnico en tratamiento de rehabilitación				
i. Personal en asistencia social				
j. Personal de información				
k. Personal de limpieza y otros servicios				
En caso de evaluación regular o malo, especificar tipo de personal y motivos de esos criterios				
<b>2.4 Privacidad</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>No procede o no ha usado el servicio</b>
d. Consultas				
e. Procederes de enfermería (inyecciones, curaciones, otros)				
f. Laboratorio clínico				
g. Rayos X				
h. Ultrasonido				
i. Tratamiento rehabilitación				
j. Asistencia social				
k. Traslado en ambulancia				
l. Consulta en consultorio médico de familia				
En caso de evaluación regular o malo, especificar servicio y motivos de esos criterios				
<b>2.5 Información brindada en el proceso de atención</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>No procede</b>
h. Sobre su situación de salud				
i. Sobre exploraciones físicas				
j. Sobre las pruebas diagnósticas				
k. Sobre orientaciones emitidas por el				

personal de salud (si responde a veces o nunca especificar)				
l. Sobre cómo acudir a otros servicios o instituciones para completar diagnóstico y(o) tratamiento.				
m. La aclaración de dudas y preocupaciones				
En caso de evaluación regular o malo, tipo de información y motivos de esos criterios				
<b>2.6 Coordinación de problemas de salud por el SNS</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	
d. Sus problemas de salud son tratados en el lugar adecuado				
e. Sus problemas de salud son tratados en el momento adecuado				
f. Sus problemas de salud son tratados por el personal calificado que requieren				
Para las respuestas a veces y nunca especificar ítem y motivo de la evaluación				
<b>2.7 Evaluación de la solución brindada al problema de salud</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>No ha concluido proceso de atención</b>
b. La solución que dieron al problema de salud se califica como				
En caso de evaluación regular o malo, especificar motivos de esos criterios				
<b>2.8 Percepción general sobre la calidad de la atención</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>No responde</b>
b. La percepción general sobre la calidad de la atención brindada se considera				
En caso de evaluación regular o malo, especificar motivos de esos criterios				

## Anexo 7: Instrumento para validación por criterios de Moriyama.

Estimados maestrantes:

Después de haber leído cuidadosamente el instructivo podemos pasar a responder el siguiente cuestionario:

Cada maestrante es considerado competente para la evaluación dados los criterios de selección a que son sometidos. Se evaluó el cumplimiento de las cinco propiedades básicas expuestas por Moriyama para cada atributo y criterio, adaptadas por el autor, para cada uno de los ítems contemplados en el instrumento a aplicar en las provincias seleccionadas, mediante una escala ordinal que incluyó las categorías:

*mucho (1), poco (2), nada (3).*

Los principios básicos explorados fueron los que se describen a continuación:

**Comprensible (A):** se refiere a si se entienden los diferentes elementos que se evalúan en relación con el aspecto que se pretende medir.

**Sensible** a variaciones en el fenómeno que se mide **(B):** significa que del instrumento podrían derivarse índices que permitieran diferenciar redes de servicios con distintos niveles de integración.

**Con suposiciones básicas justificables** e intuitivamente razonables **(C):** está relacionado con la existencia de una justificación para la presencia de cada uno de los aspectos que se incluyen en el instrumento.

**Con componentes claramente definidos (D):** se refiere a que si a cada aspecto se le puede dar una definición clara.

**Derivable de datos factibles de obtener (E):** si el maestrante considera que de la percepción o vivencia de directivos y prestadores se puede obtener la información para contestar dichos aspectos.

Parte I:

Atributo	Evaluación por criterios de Moriyama				
	A	B	C	D	E
Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema.					
Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción					

de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.					
Un primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.					
Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios.					
Cuidados de la salud centrados en la persona, la familia y la comunidad territorio.					
Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el Sistema Integrado de Servicios de Salud.					
Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico.					
Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.					
Sistema de información integrado y que vincule a todos los miembros del Sistema Integrado de Servicios de Salud.					
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas existentes.					
Acción intersectorial amplia.					

**Apartado 2-**. Considero que debe(n) ser añadidos(s) el(los) siguiente(s) atributo(s): (explícite brevemente su propuesta en cada caso determinando a qué nivel o niveles del sistema es aplicable)

---



---



---



---



---



---

Parte II (Sección de muestra del Instrumento)

<p style="text-align: center;"><b>Atributo 1</b></p> <p><b>Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema.</b></p> <p><b>Variables:</b></p>	Evaluación por criterios de Moriyama				
	A	B	C	D	E
Identificación de las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad.					
Conocimiento de la población/territorio a cargo.					
Elaboración de perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen e identificación de grupos vulnerables.					
Conocimientos sobre las necesidades y demandas de salud de cada grupo poblacional.					
Diseño diferenciado de servicios que respondan mejor a las necesidades específicas de cada grupo.					
Coordinación de los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes incluidos otros sectores de la economía.					
Generar una base de datos sobre la comunidad capaz de actualizarse en el tiempo.					
Planificación actual y futura de los servicios de salud pública y de atención a las personas.					
Desarrollo de capacidades para la elaboración de proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud a saber: número y composición del personal de salud, recursos de capital, programas y servicios de salud necesarios para cubrir necesidades					

Anexo 8: Instrumento aplicado a los expertos para determinar la presencia de atributos (componentes necesarios para la integración de servicios) y sus variables en los distintos niveles del sistema nacional de salud. **(Sección de muestra del Instrumento)**

Estimados expertos:

Después de haber leído cuidadosamente el instructivo 1(presentación de PP) y la metodología a seguir en esta investigación podemos pasar a responder el siguiente cuestionario:

**Parte I:**

De los siguientes atributos esenciales que debe tener un **sistema de servicios de salud** para lograr estar integrado:

1-.Marque con una cruz (**X**), en la columna que corresponda al nivel del sistema nacional de salud y su red de servicios en el que se encuentra representado el atributo descrito.

**Le aclaramos que un atributo puede estar representado en más de un nivel del sistema. De considerarlo así marque tantos niveles como considere necesarios.**

2-. Si considera que debe ser suprimido algún atributo por no ser pertinente su aplicación en ningún nivel de la red de servicios del SNS, marque con una cruz en la columna 6.

3-. Si considera que debe ser añadido algún atributo, por ser necesario para lograr integración dentro de la red de servicios del SNS, expóngalo en el apartado 2.

Atributo	Niveles del sistema					
	1	2	3	4	5	6
Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema.						
Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.						

Un primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.						
Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios.						
Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios.						
Cuidados de la salud centrados en la persona, la familia y la comunidad territorio.						
Un sistema de dirección participativo y único para todo el SISS.						
Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico.						
Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.						
Sistema de información integrado y que vincule a todos los miembros del SISS.						
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas existentes.						
Acción intersectorial amplia.						

**Leyenda:** 1: nivel nacional. 2: nivel provincial. 3: nivel municipal. 4: nivel área de salud. 5: nivel consultorio (no tomar en cuenta el tipo para la identificación). 6: no está representado

**Apartado 2-** Considero que debe(n) ser añadidos(s) el(los) siguiente(s) atributo(s): (explícite brevemente su propuesta en cada caso determinando a qué nivel o niveles del sistema es aplicable)

---



---



---



---



---



---

**Parte II (Sección de muestra del Instrumento)**

**Variables a determinar dentro de cada uno de los atributos.**

De las siguientes variables esenciales que definen cada atributo:

Marque con una cruz el nivel del sistema nacional de salud y su red de servicios donde está representada la variable.

**Tome en cuenta que una variable puede estar representada en más de un nivel del sistema. Si es así, ponga la X en todos los niveles en que la variable está representada.** (Ver leyenda tabla anterior)

2-. Si considera que debe ser suprimida alguna variable por no ser pertinente su aplicación en ningún nivel de la red de servicios del SNS marque con una cruz en la columna 6.

3-. Si considera que debe ser añadida alguna variable, por ser necesaria para lograr mejor definición del atributo a la hora de evaluarlo, expóngalo en el apartado 2.

<b>ATRIBUTO 1</b> <b>Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema.</b> <b>Variables:</b>	Niveles del sistema					
	1	2	3	4	5	6
Identificación de las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad.						
Conocimiento de la población/territorio a cargo.						
Elaboración de perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen e identificación de grupos vulnerables.						
Conocimientos sobre las necesidades y demandas de salud de cada grupo poblacional.						
Diseño diferenciado de servicios que respondan mejor a las necesidades específicas de cada grupo.						
Coordinación de los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes incluidos otros sectores de la economía.						
Generar una base de datos sobre la comunidad capaz de actualizarse en el tiempo.						
Planificación actual y futura de los servicios de salud pública y de atención a las personas.						
Desarrollo de capacidades para la elaboración de proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud a saber: número y composición del personal de salud, recursos de capital, programas y servicios de salud necesarios para cubrir necesidades						

Anexo 9

Tabla 2. Definiciones de Atención Integrada y conceptos relacionados. ENSAP, 2011

Término original / Traducción / Autor	Definición
Integrated Care / Atención integrada /Gröne y Garcia- Barbero.	Es un concepto que agrupa insumos, organización, gestión y provisión de servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud.
WHO Position Paper (2001)2	La integración es un medio de mejorar los servicios en términos de acceso, calidad, satisfacción del usuario y eficiencia.
Integrated healthcare systems / Sistemas de atención integrada/ Shortell et al. (1994) 7.	Es una red de organizaciones que provee un continuo coordinado de servicios a una población definida y está dispuesta a responsabilizarse clínica y financieramente de los resultados de la atención y del estado de salud de la población.
Transmural care / Atención transmural / Nationale Raad voor de Volksgezondheid/College voor Ziekenhuisvoorzieningen(1995) 8	Atención dirigida a las necesidades del paciente, proporcionada sobre la base de la coordinación y cooperación entre los prestadores de atención general y especializada, con responsabilidades compartidas y especificación de responsabilidades delegadas.
Integrated Care / Atención integrada / Ovretveit J. (1998) 9	Es un término general que designa los métodos e intervenciones destinados a organizar y proveer los servicios de prevención y atención sanitaria más costo-efectivos a aquellos con las mayores necesidades de salud y a la par garantizando la continuidad de cuidados y la coordinación entre los diferentes servicios.
Integrated Care / Atención integrada / Nichol D, Schofield A. (1999) 10.	Su propósito es la gestión activa de todos los elementos del continuo de la atención requerida por los individuos y comunidades de cara a la mejora y mantenimiento de la salud y proveer atención sanitaria bien coordinada, apropiada y efectiva.
Integrated Care / Atención integrada / New Zealand Ministry of Health. (2000) 11	Es la provisión de atención sanitaria de forma coordinada entre los servicios de atención primaria, secundaria y social con énfasis en la calidad, el acceso y los resultados de salud.
Integrated Care / Atención integrada / Kodner y Kyriacou. (2000) 12.	Es un conjunto de técnicas y modelos organizativos designados para crear conectividad, alineación y colaboración entre la atención sanitaria y social (y dentro de ellas) en los niveles de financiación, gestión y provisión.

Integrated Care / Atención integrada / Alliance for Health and the Future (2005) 13	La atención integrada busca cerrar la actual división entre la atención sanitaria y la social. El principio rector es la perspectiva del paciente haciendo obsoletos los modelos de provisión basados en la oferta.
Disease Management / Gestión de Enfermedades / Boston Consulting Group (1993) 14	Es un abordaje de la atención del paciente que coordina los recursos a lo largo de todo el sistema de atención sanitaria y a lo largo de todo el ciclo de vida de la enfermedad
Disease Management / Gestión de Enfermedades / Herrera, R. (1995) 15	Es un abordaje integrado de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en una población determinada con el objeto de mejorar los resultados de salud.
Disease Management / Gestión de Enfermedades Epstein y Sherwood. (1996) 16	Un enfoque poblacional sistemático para identificar personas en riesgo, intervenir mediante programas asistenciales específicos y medir resultados, tanto clínicos como de otra naturaleza.

Fuente: Nuño-Solinis R. Un breve recorrido por la atención integrada. Revista de innovación sanitaria y atención integrada. 2011 [citado 28 Mar 2012];25(1)2. Disponible en: [www.risai.org](http://www.risai.org)

Anexo 10: Muestra del programa del taller

## **TALLER**

Taller de expertos: Selección de variables e indicadores para la caracterización de la integración en el Sistema Nacional de Salud.

## **AGENDA**

**Fecha:** del 21-23/octubre/2010

**Comienzo** 8:30 am.

**Lugar:** Escuela Nacional de Salud Pública.

### **Objetivos:**

1. Validación de la pertinencia y contenido de atributos, metas y criterios para la caracterización de la integración en el Sistema Nacional de Salud.
2. Propuesta de instrumentos para la caracterización de la Integración en el Sistema Nacional de Salud.

### **Fragmentos del procedimiento para la ejecución del taller**

Se definieron los elementos estructurales necesarios para la realización del taller (locales, computadora, data show, material gastable). Se concibieron 3 jornadas de trabajo:

1. Presentación en *Power Point* de una hora de duración con los siguientes objetivos: Socializar las bases conceptuales de la llamada Renovación de la Atención Primaria de Salud como estrategia sanitaria; introducir las bases conceptuales y atributos relacionados con la integración de redes de servicios de salud y contextualizar, en la realidad cubana actual, la identificación de criterios e indicadores de la integración en el Sistema Nacional de Salud.
2. Análisis detallado de los elementos constitutivos de cada concepto presentado. (Sistemas Integrados de Servicios de Salud, Integración, Fragmentación, Redes de Servicios).
3. Entrega, socialización y discusión de instrumentos para el trabajo grupal.
4. Trabajo grupal: Se presentaron los actores del taller y se dividieron, de acuerdo a su perfil profesional y experiencia en investigación, en 3 grupos: Un grupo que trabaja la función prestación, otro para la función gestión y dirección y un tercero para la función económica. Se entregó a los participantes material teórico sobre los temas tratados para su autoperparación.
5. Finalmente los resultados fueron publicados, en una revista de alto impacto arbitrada.

## Anexo 11: Sección de muestra de Instrumento

Los atributos para la integración de redes de servicios derivaron a metas, resultados esperados, objetivos a alcanzar, criterios para cada objetivo. A partir de los criterios se construirán los indicadores y los instrumentos para medirlos.

**Nota:** Cada CRITERIO debiera ser aplicable, modificando el diseño de instrumento, a programas específicos (adulto mayor, HTA, materno infantil, estomatología comunitaria) o explorar desempeño del sistema o la red en particular (accesibilidad, satisfacción, competencias).

Diseño de metas y criterios según resultado esperado y objetivo a alcanzar. ENSAP-2010:

Atributo/Meta de la Integración	Resultado esperado para la integración de las Redes de Servicios de Salud	Objetivo a alcanzar para la Integración de las Redes de Servicios de Salud	Criterios
<p>1-. Definido, a partir del ASIS, la población y características del territorio a cargo de cada servicio. Evidenciar un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinaron la oferta y dinámica de servicios del territorio.</p>	<p>El ASIS permite integrar información del estado de salud de la población con elementos de participación comunitaria e intersectorialidad en la planificación de acciones de salud al individuo, familia y comunidad.</p>	<p>Utilizar el Análisis de la Situación Integral de Salud como instrumento científico metodológico que permita integrar el diagnóstico de salud de la población, la participación comunitaria y la intersectorialidad en la toma de decisiones en salud.</p>	<p>Las redes de servicio tienen claramente identificadas la cantidad de población a la que prestan servicio y su ubicación territorial.</p> <p>Para el diseño de los servicios (cantidad de personal a contratar, logística y espacios) se utiliza información actualizada sobre la población/territorio a cargo.</p> <p>Se toman en cuenta los perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen e identificación de grupos vulnerables para la planificación y ejecución de acciones de salud.</p>

Anexo 12: Instrumento del taller. (Sección de muestra de Instrumento)

**Pertinencia:** Oportunidad, adecuación y conveniencia de una cosa.

**Oportunidad (O):** Se refiere a la congruencia del criterio con los propósitos del sistema para un momento dado: Escala (1: Poca Oportunidad; 2: Mucha Oportunidad)

**Adecuación (A):** Se refiere al vínculo del criterio con la realidad que pretende describir. (1: Poca Adecuación, 2: Mucha Adecuación)

**Conveniencia (C):** Se refiere a la utilidad, provecho o beneficio, de utilizar este criterio para explorar la integración del Sistema. (1: Poca conveniencia, 2: Mucha conveniencia)

Para la caracterización de la red de servicios: Se utilizarán 3 dimensiones para la selección de las variables de estudio: Dimensión prestación de servicios de salud directos, dimensión gestión, dimensión económica.

Dimensión	Atributo para la integración	Criterios	O	A	C	T
Prestación de servicios	1: Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.	Cada unidad tiene una clara Identificación de las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad.				
		Se dispone, en cada unidad, de información sobre la población/territorio a cargo.				
		Se realizan procedimientos para la elaboración de perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen e identificación de grupos vulnerables.				
		Se trabaja en cada unidad para generar conocimientos sobre las necesidades y demandas de salud de cada grupo poblacional.				
		Diseño diferenciado de servicios que respondan a las necesidades específicas de la comunidad.				
		Coordinación de los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos relevantes incluidos otros sectores de la economía.				
		Se dispone de una base de datos sobre la comunidad capaz de actualizarse en el tiempo.				

		Se realiza una planificación actual y futura de los servicios de salud pública y de atención a las personas.				
		Existen procedimientos para la elaboración de proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud a saber: número y composición del personal de salud, recursos de logística, programas y servicios de salud necesarios para cubrir necesidades.				

Anexo 13

Tabla 3: Relación Nominal de criterios de la integración por metas. ENSAP, 2012

<b>Metas y criterios para la evaluación del nivel de integración de la red</b>
<b>Meta 1: Definido, a partir del Análisis de la Situación Integral de de Salud, la población y características del territorio a cargo de cada servicio</b>
1. La red de servicio tiene claramente identificada la cantidad de población que atiende y su ubicación territorial.
2. Para la definición de los servicios (plantilla necesaria, instrumental y equipos y espacios adecuados) se utiliza información actualizada sobre la población/territorio a cargo que proviene fundamentalmente del ASIS.
3. Se utiliza el ASIS, como documento básico para generar los conocimientos sobre las necesidades y demandas de salud de cada grupo poblacional.
4. Se realiza una planificación de servicios tomando en cuenta: las proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud, el número y composición del personal de salud que será necesario, los recursos materiales, programas y servicios de salud para cubrir necesidades futuras
<b>Meta 2: Garantizada una distribución de servicios de salud y recursos humanos, capaz de satisfacer integralmente las demandas de servicio de la población</b>
5. Se generan y utilizan mecanismos, para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.
6. Se garantiza la resolutivez, para que la red de servicios de primer nivel de atención sea capaz de proporcionar cuidados a enfermos crónicos y a agudos, situaciones de urgencia e integrar cuidados personales con servicios de salud pública y asistencia social.
7. Se enfatiza en la integralidad de la atención, tomando en cuenta los servicios de salud pública, servicios de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad.
8. Se promueve la regionalización tomando en cuenta criterios de proximidad geográfica a las unidades de salud, independiente de su nivel de complejidad para que estén lo más cercano posible al lugar de residencia de las personas.
9. Se logró mantener tamaños poblacionales, que permiten acometer las funciones a realizar en cada servicio para: facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios.
10. El primer nivel logra integrarse para brindar cuidado integral, capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital.

<b>Meta 3: Fortalecidos los procesos en el primer nivel de atención que favorezcan su rol como puerta de entrada al sistema.</b>
11. Se logran desarrollar, en el primer nivel de atención, vínculos profundos con los individuos, la familia, la comunidad y con el resto de los sectores sociales a través de los distintos tipos de procedimientos utilizados.
12. Se facilita la participación social y la acción intersectorial, a través de los espacios de intercambio establecidos. Se promueve el desarrollo de nuevos espacios.
13. Se aplican los mecanismos normados para la coordinación de interconsultas y del flujo de información bidireccional (emisor-receptor), a través de todo el sistema de servicios independientemente del sitio de atención.
14. Se busca integrar los cuidados a las personas, de salud pública y los programas focalizados en ciertas enfermedades y u o riesgos específicos a la salud, a través de adecuadas guías de práctica clínica y protocolos de asistencia y remisión de casos.
15. Se programa la movilidad del personal a lo largo de toda la red de servicios del primer nivel de atención para garantizar atención de salud donde sea necesario.
16. Se garantizan los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención derivados de la incorporación de procederes y consultas de nivel hospitalario.
<b>Meta 4: Asegurada la proyección comunitaria de especialidades</b>
17. Se redimensionan las capacidades de ingreso hospitalarias (reducción de número de camas, proyección comunitaria de especialidades).
18. Se garantizan procesos de atención integrada relacionados con: cirugía ambulatoria, hospital de día, ingreso y seguimiento en el hogar, hogares maternos, casas de abuelo, hogares de impedidos físicos.
19. Se desarrollan mecanismos de coordinación asistencial entre niveles evidenciables por normas y procedimientos claramente establecidos.
20. Se logra establecer un tipo de coordinación asistencial adecuada al problema de salud a manejar.
<b>Meta 5: Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial</b>
21. Se desarrolla estrategia de capacitación de los Recursos Humanos (RRHH) de acuerdo a las nuevas condiciones previstas.
22. Se aplican tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial ajustado a la posibilidad, tomando en cuenta la necesidad.
23. Se logra garantizar un cuidado personalizado (desarrollo de empatía, respeto y confianza) en el acto médico.
24. Se desarrollan procedimientos diagnósticos centrados en el método clínico en la red de servicios.
<b>Meta 6: Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen cuidados de salud integrales</b>
25. Se trabaja por lograr una prestación de servicios centrada en los derechos y en ocasiones deberes de las personas/pacientes, con respecto a la atención médica.
26. Existe, en la distribución de las cargas horarias de los servicios del Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia, un estímulo para el desarrollo del enfoque familiar y comunitario.

27. Se vela porque la comunidad reciba información, opine y sea tomada en cuenta, en temas relacionados con la distribución de servicios, asignación de Consultorio Médico de la Familia, asignación de reorganización de servicios municipales.
28. Se promueve el desarrollo de iniciativas comunitarias que impacten los servicios y los procedimientos de prestación.
29. Bien definida y para todos los niveles de complejidad, la misión y la visión del sistema y de cada unidad operativa en particular.
30. Delimitados los espacios de intercambio de información e integración de estrategias de trabajo entre directivos de distintos niveles de atención.
31. Ajustados los planes de trabajo de cada unidad operativa a su misión y objetivos y alineación a los planes de trabajo del nivel central.
<b>Meta 7: Establecido un sistema de dirección participativo y único</b>
32. Establecidos los reglamentos internos y manuales de procedimientos para cada nivel de dirección, prestación y gestión.
33. Definidos y accesibles el compendio de leyes, decretos-ley, regulaciones, circulares e indicaciones, aprobados por el sistema, para los diferentes tipos de unidades.
34. Definido y actualizado el sistema de control interno en todas las unidades.
35. Se cumple la política de cuadros del país.
36. Bien estructurada la función de monitoreo y evaluación de la red, con el objetivo de garantizar un nivel de desempeño adecuado.
37. Definidas y accesibles las normas y procedimientos establecidos, tanto para las funciones administrativas como las clínicas.
38. Asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red.
39. Establecidos los mecanismos de retroalimentación, en las diferentes áreas, de ineficiencias identificadas en las supervisiones.
40. Desarrollo en las funciones de las partes, a partir de la doble subordinación de los niveles de dirección.
41. La red de servicios estimula la participación social en salud, a través de la integración de distintos mecanismos (donaciones de sangre, vacunaciones, campañas antivectoriales, saneamiento general, otras).
42. Los procesos de atención (recogidos en programas, normas, procedimientos, guías relacionadas con la atención materna infantil) estimulan la capacidad de auto cuidado de la población.
43. La gestión de cada unidad responde a un concepto normativo y de reglamento único, pero descentralizado de acuerdo a sus necesidades.
<b>Meta 8: Desarrollada una participación social amplia para la toma de decisiones de salud.</b>
44. Implementación de sistemas de mejoramiento continuo de la calidad en cada una de las acciones que se realizan que toman en cuenta la opinión de la población.
45. Planificación y desarrollo de las líneas de servicio clínico, que permiten la conducción continua del paciente por la red, tomando en cuenta el criterio de líderes formales e informales y los pacientes. Ejemplo: manejo de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), urgencia y emergencia, Infarto Agudo del Miocardio (IMA), Accidente Vascular Encefálico (AVE), neoplasias, otros.

<b>Meta 9: Desarrollada una acción intersectorial amplia.</b>
46. Se trabaja por desarrollar los canales de comunicación y vinculación intersectorial existentes entre las diferentes estructuras de gobierno, organismos, organizaciones y la red de servicios.
47. Se implantan métodos y mecanismos para determinar los niveles de integración que exhibe el sistema.
48. Se implementa un plan de capacitación para el desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.
49. La intersectorialidad es el principal mecanismo para la solución de problemas de salud derivados de problemas sociales, ambientales y u o laborales.
<b>Meta 10: Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.</b>
50. Planificación del recurso humano necesario al diseño de la Red y su proyección futura.
51. Se logra una estrategia formativa basada en la formación permanente.
52. Desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos.
53. La información clínica del paciente es accesible en todos los niveles de complejidad de la atención.
54. El sistema de información es consistente con la misión y objetivos del Sistema Nacional de Salud.
55. Garantizada la disponibilidad del RRHH para los servicios diseñados en todos los niveles de complejidad tanto de prestación como de dirección y gestión.
56. Garantizada la disponibilidad de RRHH con competencias creadas para el trabajo a realizar.
57. RRHH con un sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios.
58. La información producida es analizada y se garantiza la retroalimentación a la red.
<b>Meta 11: Desarrollado un sistema de información integrado y que vincula y retribuye.</b>
<b>La información producida por la red está orientada a integrar y retribuir:</b>
59. Situación de salud de la población.
60. Demanda en la utilización de los servicios.
61. Información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre.
62. Información clínica.
63. Información sobre la satisfacción de usuarios.
64. Información económica.
65. Propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.
66. Cada unidad del sistema tiene conocimientos de los costos de su área de desempeño y se involucra con los costos totales en los espacios destinados a ello.
67. Se realizan los consejos económicos con la periodicidad establecida y la información que se produce se distribuye a toda la red.

<b>Meta 12: Las Redes Integradas de Servicios de Salud, cuentan con un sistema de gestión basada en resultados.</b>
68. Se desarrollan espacios de análisis de resultados (reunión del GBT, Comité Farmacoterapéutico) a través de todas las unidades de la red de servicios.
69. Establecidos los indicadores de resultado para el análisis de cada uno de los procesos que se ejecutan.
70. Los resultados alcanzados se toman en cuenta para proponer mejoras en los procesos que se ejecutan.
71. Cada unidad, comparte la información sobre los resultados alcanzados con todos sus miembros, para generar intervenciones a partir de mecanismos participativos.
<b>Meta 13: Implementados procedimientos para la gestión descentralizada integrada</b>
72. Desarrollo de un sistema de Planificación y Desarrollo de la gestión por procesos.
73. Se logra integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios.
74. Cada unidad es capaz de gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos..).
75. Los mecanismos de pago garantizan una gestión oportuna para las necesidades de las unidades.
76. La gestión de normas y procedimientos para el manejo de problemas de salud específicos es oportuna.
<b>Meta 14: Desarrollado mecanismos de control del presupuesto y los gastos adecuado a las necesidades de los territorios. Establecido un sistema de estímulos morales y materiales</b>
77. Se cuentan con mecanismos para hacer un diseño de asignaciones de recursos flexible, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios.
78. Se rinde cuenta a todos miembros de la red de la asignación y ejecución presupuestada. Una vez al año como mínimo.(Transparencia económica).
79. Se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible.
80. Se dispone de una metodología y/o procedimiento para realizar análisis de resultados en cada unidad de la red.
81. Existe una planificación de visitas de evaluación a nivel nacional.
82. Los directivos realizan la toma de decisiones en base a resultados de las evaluaciones realizadas a través de todos los niveles de complejidad y tipo de unidad vinculada al sistema.



REPUBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**AVAL DEL OBSERVADOR: DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

La Habana, 20 de Enero de 2013.  
"Año 55 de la Revolución"

Por este medio, certifico que la tarea investigativa "Evaluar el nivel de integración que tiene la red de servicios de salud del nivel primario de atención en municipios de las provincias Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Cienfuegos y Holguín durante el bimestre septiembre-octubre de 2012" fue observada por el abajo firmante, funcionario de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud del MINSAP, sin conflictos de interés con la investigación, en dos momentos: El primero relacionado con las pruebas de campo al procedimiento metodológico y el segundo en la devolución de los resultados a las provincias visitadas.

El acompañamiento realizado, evaluó del procedimiento metodológico en cuanto a su pertinencia a los intereses de esta dirección y factibilidad para su replicación en el resto del país.

Consideramos que la metodología utilizada y los resultados obtenidos son útiles para el sistema de salud y permiten su aprovechamiento para el mejoramiento de la integración en la red de servicios del nivel primario de atención.

**Sin más, atentamente.**

Dr. Luis Gandul  
Funcionario de la Dirección de Atención Primaria de Salud.  
Ministerio de Salud Pública.

Firma y Cuño



REPUBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**AVAL DEL CLIENTE: DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

La Habana, 20 de Enero de 2013.  
"Año 55 de la Revolución"

Por este medio, certificamos que la tarea investigativa "Evaluar el nivel de integración que tiene la red de servicios de salud del nivel primario de atención en municipios de las provincias Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Cienfuegos y Holguín durante el bimestre septiembre-octubre de 2012" fue acompañada y observada por esta dirección en dos momentos: El primero relacionado con la aplicación del procedimiento metodológico y el segundo en la devolución de los resultados a las provincias visitadas.

El acompañamiento de esta dirección, evaluó del procedimiento metodológico en cuanto a su pertinencia a los intereses de esta dirección y factibilidad para su replicación en el resto del país.

Consideramos que la metodología utilizada y los resultados obtenidos son útiles para el sistema de salud y permiten su aprovechamiento para el mejoramiento de la integración en la red de servicios del nivel primario de atención.

**Sin más, atentamente.**

Dra. Doris de la Caridad Sierra Pérez.  
Directora de Atención Primaria de Salud.  
Ministerio de Salud Pública.

Firma y Cuño

Anexo 16

Tabla 4: Coeficiente alfa de Cronbach global y con la eliminación sucesiva de un ítem. 2012

Dimensiones	Metas	Alfa de Cronbach
Atención Médica Integral 0,946	1. ASIS	0,934
	2. Servicios	0,936
	3. Primer Nivel	0,932
	4. Especialidades	0,934
	5. Coordinación	0,928
	6. Programas, normas, guías	0,947
Dirección y Organización 0,980	7. Dirección	0,971
	8. Participación Social	0,982
	9. Gestión de apoyo	0,977
	10. Recurso Humano	0,976
	11. Información	0,972
	12. Intersectorialidad	0,976
	13. Gestión por resultado	0,980
Presupuesto y Estímulo	14. Presupuesto y estímulos	0,921
<b>Alfa de Cronbach global</b>		<b>0,958</b>

Fuente: Base de datos municipio Boyeros. 2012

Anexo 17

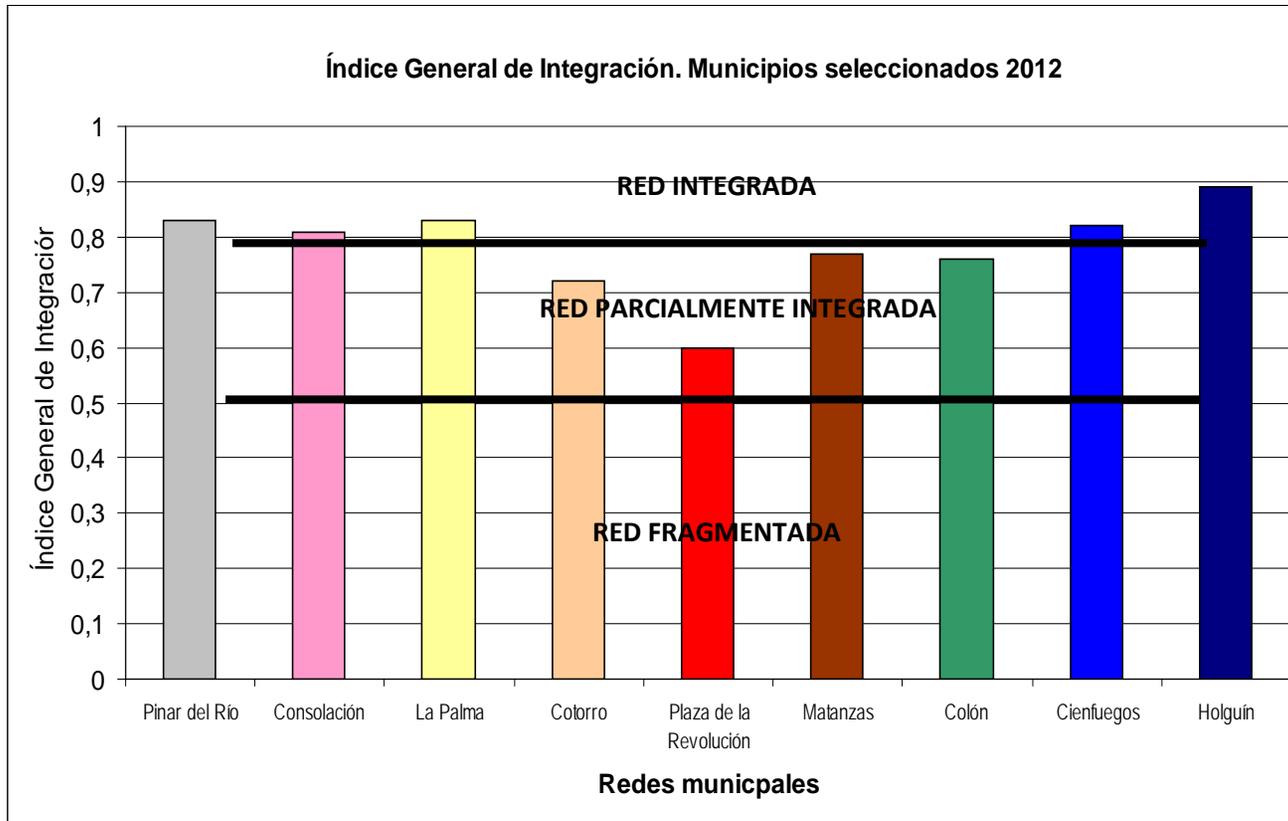
Tabla 5. Índice General de Integración y por metas. Municipios seleccionados, 2012

Metas	Pinar del Río	Consolación	La Palma	Cotorro	Plaza de la Revolución	Matanzas	Colón	Cienfuegos	Holguín
1. ASIS	0,82	0,85	0,86	0,83	0,57	0,84	0,84	0,84	0,94
2. Servicios	0,78	0,78	0,82	0,79	0,67	0,71	0,65	0,83	0,90
3. Primer nivel	0,76	0,82	0,83	0,69	0,57	0,76	0,76	0,78	0,89
4. Especialidades	0,79	0,80	0,82	0,68	0,54	0,70	0,84	0,86	0,92
5. Coordinación	0,81	0,77	0,82	0,62	0,59	0,81	0,72	0,78	0,87
6. Programas, normas, guías	0,86	0,77	0,78	0,83	0,63	0,79	0,77	0,84	0,90
7. Dirección	0,91	0,79	0,83	0,78	0,64	0,87	0,82	0,82	0,90
8. Participación social	0,91	0,85	0,88	0,67	0,62	0,86	0,61	0,79	0,85
9. Gestión de apoyo	0,76	0,73	0,75	0,58	0,54	0,68	0,66	0,70	0,80
10. Recurso humano	0,88	0,78	0,86	0,66	0,60	0,70	0,71	0,84	0,92
11. Información	0,82	0,81	0,81	0,64	0,61	0,67	0,75	0,84	0,91
12. Presupuesto y estímulos	0,82	0,83	0,79	0,71	0,58	0,70	0,80	0,85	0,91
13. Gestión por resultado	0,96	0,97	0,89	0,88	0,68	0,95	0,90	0,91	0,95
14. Intersectorialidad	0,79	0,84	0,85	0,76	0,60	0,79	0,79	0,79	0,88
<b>IGI*-municipio</b>	<b>0,83</b>	<b>0,81</b>	<b>0,83</b>	<b>0,72</b>	<b>0,60</b>	<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,82</b>	<b>0,89</b>

\* Índice General de Integración.

Fuente: Base de datos municipios seleccionados. 2012.

Gráfico 1

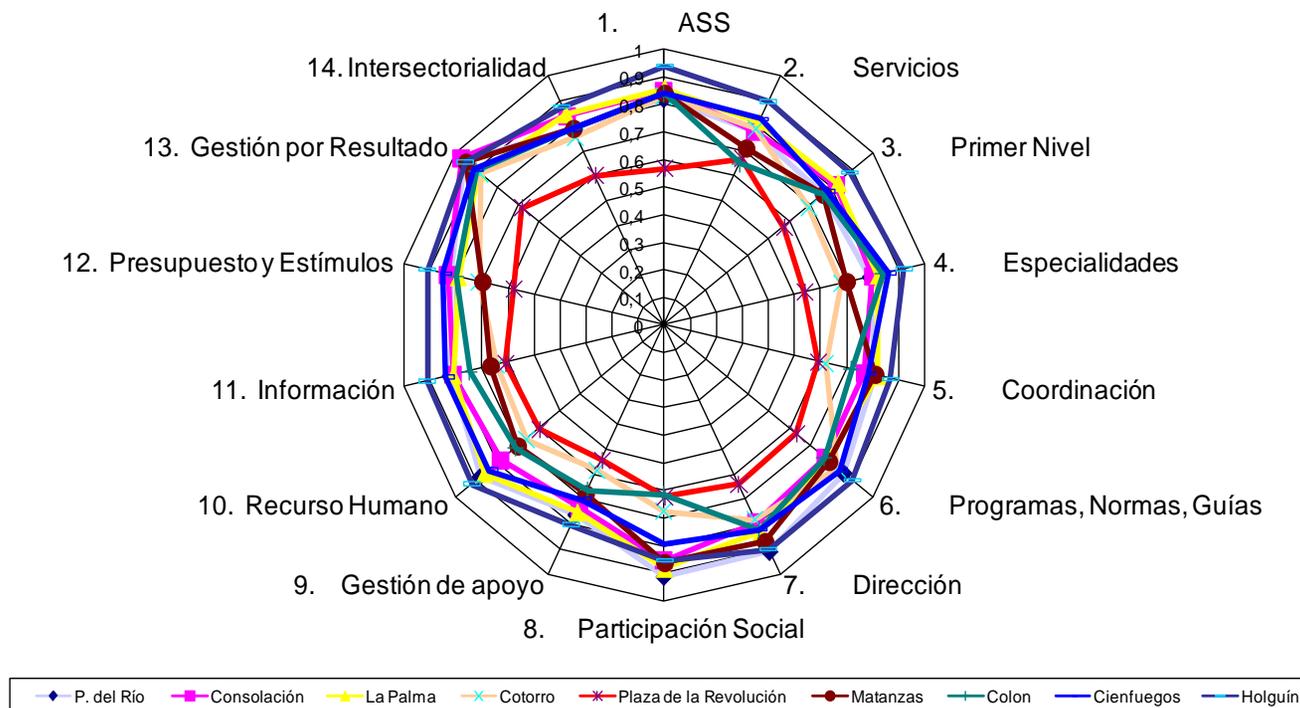


Fuente: Tabla 5

Anexo 18

Gráfico 2

**Índice General de Integración por metas. Municipios seleccionados, 2012**



Fuente: Tabla 5

Anexo 19

Tabla 6: Coeficiente de correlación de Spearman ( $r_s$ ) entre redes municipales seleccionadas. 2012

Red municipal	$r_s$	Correlación
Pinar del Río - Holguín	- 0,177	Escasa o nula
La Palma - Colón	- 0,345	Considerable
Cotorro - Plaza de la Revolución	0,098	Escasa o nula

Fuente: Base de datos municipios seleccionados 2012.

Anexo 20

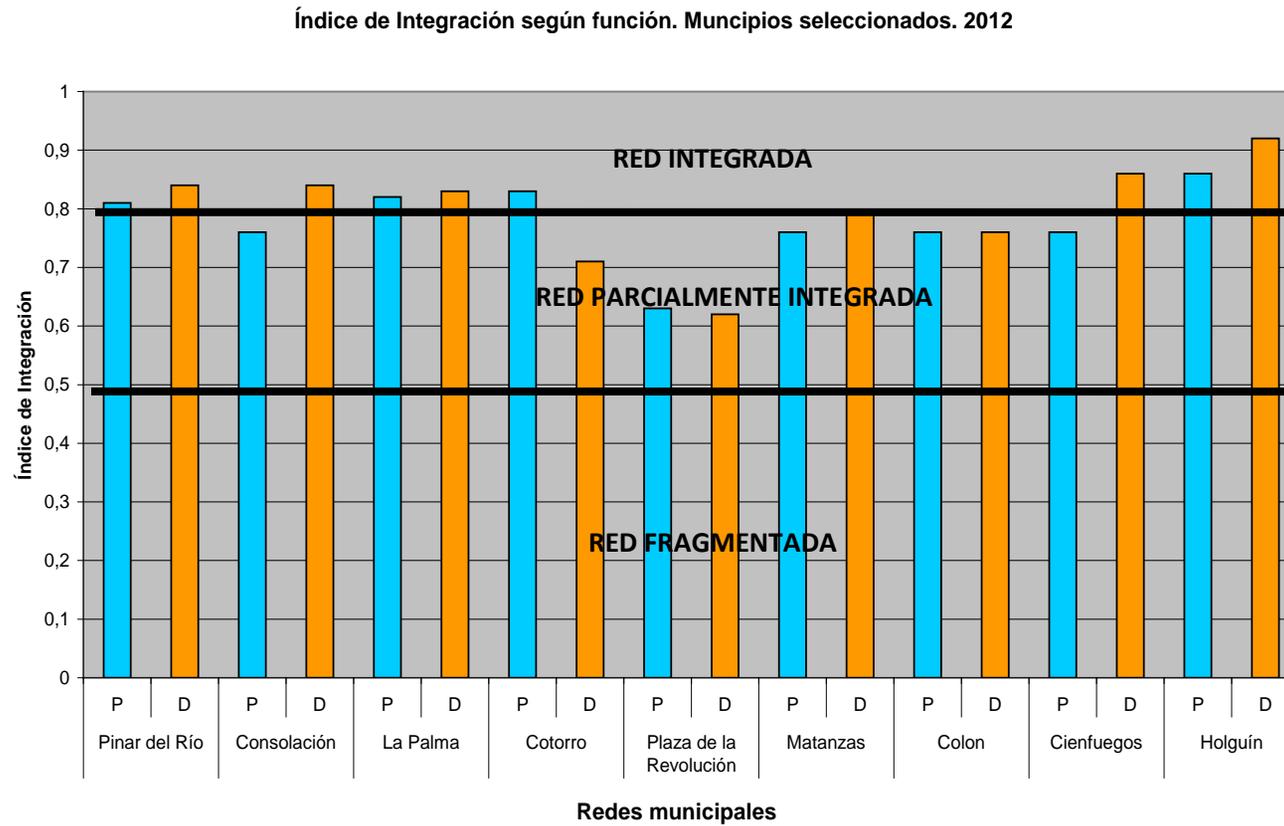
Tabla 7. Índice General de Integración y por metas según función. Municipios seleccionados, 2012

Metas	Pinar del Río		Consolación		La Palma		Cotorro		Plaza de la Revolución		Matanzas		Colón		Cienfuegos		Holguín	
	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D
1. ASIS	0,77	0,85	0,86	0,84	0,84	0,89	1,00	0,82	1,00	0,76	0,92	0,77	0,85	0,83	0,87	0,82	0,91	0,83
2. Servicios	0,74	0,80	0,72	0,81	0,82	0,81	0,92	0,78	0,58	0,67	0,67	0,75	0,68	0,62	0,77	0,88	0,85	0,95
3. Primer Nivel	0,73	0,78	0,78	0,85	0,81	0,79	0,92	0,67	0,67	0,56	0,71	0,82	0,72	0,80	0,66	0,87	0,83	0,95
4. Especialidades	0,76	0,81	0,80	0,81	0,84	0,80	0,75	0,67	0,25	0,56	0,58	0,81	0,68	1,00	0,86	0,86	0,91	0,93
5. Coordinación	0,80	0,82	0,75	0,78	0,85	0,79	0,87	0,60	0,50	0,60	0,76	0,87	0,77	0,67	0,67	0,87	0,84	0,91
6. Programas, normas, guías	0,86	0,86	0,72	0,80	0,78	0,78	0,78	0,83	0,43	0,65	0,80	0,79	0,80	0,75	0,74	0,91	0,85	0,96
7. Dirección	0,93	0,91	0,76	0,81	0,81	0,84	1,00	0,76	0,58	0,65	0,87	0,87	0,79	0,85	0,76	0,87	0,89	0,90
8. Participación social	0,96	0,88	0,77	0,91	0,89	0,87	0,75	0,66	0,75	0,67	0,85	0,87	0,65	0,57	0,73	0,84	0,81	0,88
9. Gestión de apoyo	0,67	0,81	0,68	0,76	0,74	0,77	0,90	0,55	0,60	0,53	0,70	0,67	0,68	0,64	0,65	0,74	0,79	0,81
10. Recurso humano	0,87	0,89	0,70	0,82	0,88	0,84	0,78	0,65	0,67	0,59	0,86	0,54	0,75	0,68	0,73	0,85	0,91	0,92
11. Información	0,80	0,89	0,77	0,84	0,82	0,81	0,94	0,61	0,94	0,59	0,58	0,76	0,76	0,74	0,80	0,87	0,88	0,94
12. Presupuesto y estímulos	0,74	0,80	0,74	0,85	0,75	0,82	0,92	0,70	0,58	0,58	0,64	0,76	0,79	0,82	0,81	0,87	0,87	0,95
13. Gestión por resultado	0,94	0,97	0,94	0,99	0,87	0,91	1,00	0,87	1,00	0,66	0,95	0,95	0,87	0,93	0,94	0,89	0,92	0,99
14. Intersectorialidad	0,83	0,77	0,69	0,94	0,84	0,85	1,00	0,74	1,00	0,57	0,73	0,86	0,85	0,73	0,71	0,86	0,81	0,94
<b>IGI *-según función</b>	<b>0,81</b>	<b>0,84</b>	<b>0,76</b>	<b>0,84</b>	<b>0,82</b>	<b>0,83</b>	<b>0,83</b>	<b>0,71</b>	<b>0,63</b>	<b>0,62</b>	<b>0,76</b>	<b>0,79</b>	<b>0,76</b>	<b>0,76</b>	<b>0,76</b>	<b>0,86</b>	<b>0,86</b>	<b>0,92</b>

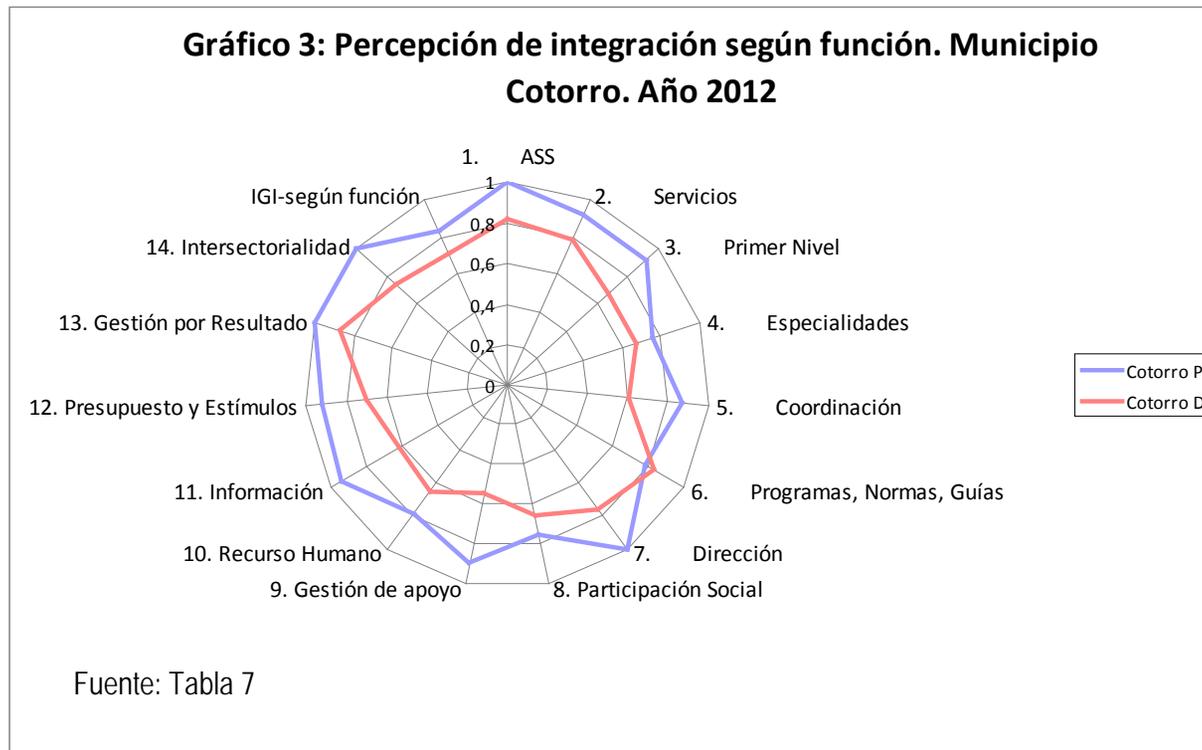
\* Índice General de Integración, P: prestadores, D: directivos.

Fuente: Base de datos municipios seleccionados. 2012.

Gráfico 3



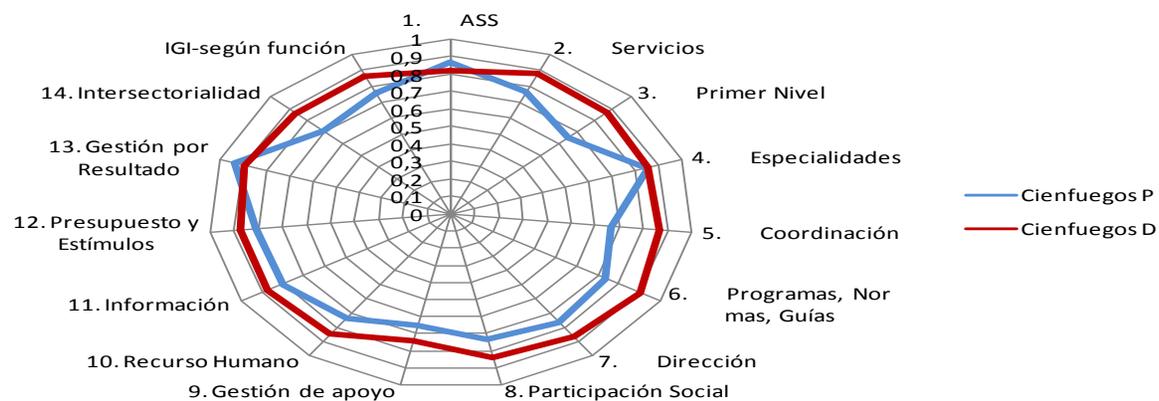
Fuente: Tabla 7 Leyenda: P- Prestador D- Directivo



Leyenda: P- Prestador D- Directivo

Gráfico 5

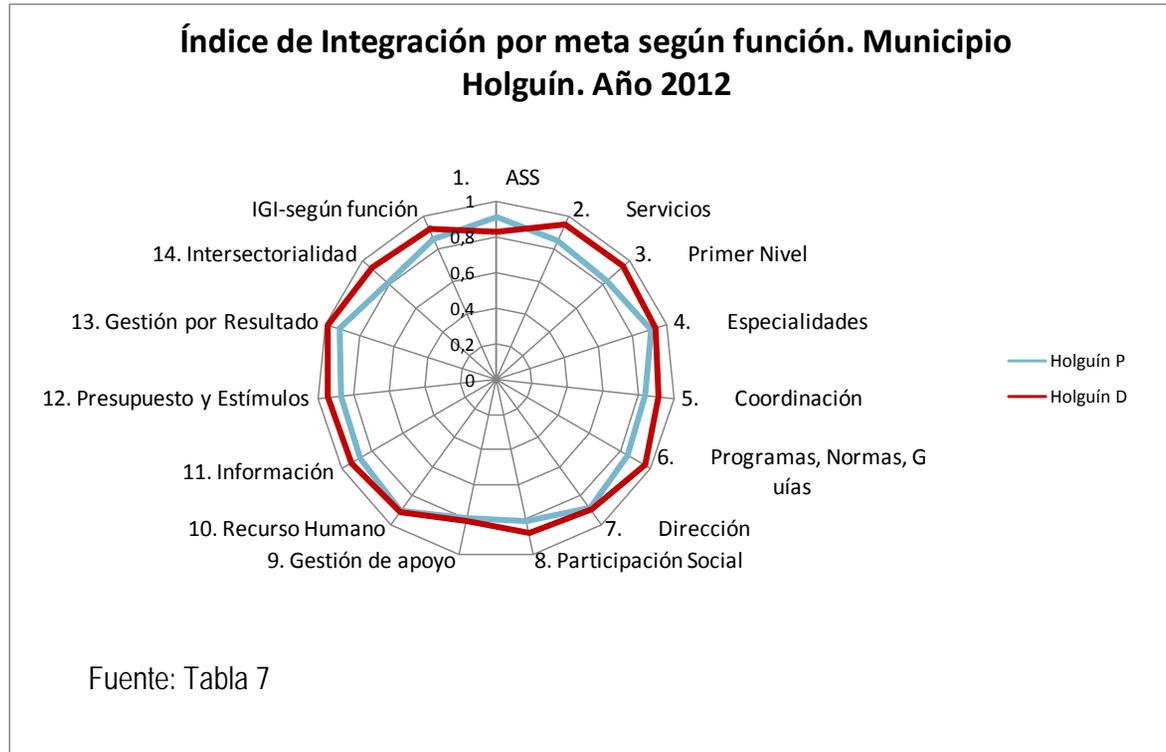
### Índice de Integración por meta según función. Municipio Cienfuegos. Año 2012



Fuente: Tabla 7

Leyenda: P- Prestador D- Directivo

Gráfico 6



Leyenda: P- Prestador D- Directivo

Anexo 22

Tabla 8: Coeficiente de correlación de Pearson (r) entre directivos y prestadores. Municipios Seleccionados. 2012

Red municipal	Correlación
Pinar del Río	Moderada o buena
Consolación	Moderada o buena
La Palma	Moderada o buena
Cotorro	Considerable
Plaza de la Revolución	Considerable
Matanzas	Escasa o nula
Colón	Considerable
Cienfuegos	Considerable
Holguín	Considerable

Fuente: Base de datos municipios seleccionados 2012.

## Anexo 23. Observación externa de la prueba de campo del municipio Boyeros. (Sección de muestra)

### Trabajo de campo: Guía de observación 1, día: 8 de diciembre de 2011

Actividad: Evaluación de pertinencia instrumental y de criterios a emplear para la evaluación de la integración del sistema sanitario cubano. Instrumento autoadministrado posterior a una explicación del investigador principal.

Sujetos de estudio: Prestadores y directivos de salud de los diferentes niveles de atención de salud e investigador a cargo.

#### Objetivos de la Observación:

1. Contribuir al registro anecdótico propio del esquema de investigación de tipo cualitativa, incluido en el proyecto doctoral "Evaluación de la integración en el sistema sanitario cubano. 2008- 2015"
2. Reconocer, la atención, sensación y percepción de los sujetos de estudio durante la actividad.
3. Captar el punto de vista de los sujetos de estudio sobre el instrumento, su pertinencia y conveniencia, de acuerdo al lenguaje verbal y extraverbal.

#### Guía de observación:

1. Describir el escenario: infraestructura del espacio físico y del espacio contextual construido por los sujetos.
2. Descripción de las posiciones de las personas, de las actuaciones y actividades buscando la utilización de términos descriptivos no interpretativos.
3. Descripción detallada de las personas en términos puramente descriptivos.
4. Registro de gestos, comunicaciones no verbales, el tono de voz.
5. Registro de comentarios o frases recogidas de los interlocutores (entre comillados y en cursiva).
6. Registro de los sentimientos y las intuiciones del investigador (entre paréntesis que se tratan de comentarios de los investigadores).
7. Registro de las conductas del investigador en el campo.

Momentos:

1. Presentación introductoria

2. División del grupo en dos para autoadministración del instrumento:

- a) Directivos
- b) Prestadores

**Observación 2: Actividad de devolución de resultados del taller para medir percepción de integración en municipio Boyeros.**

Lugar: Dirección municipal de salud Municipio. Boyeros.

Hora de inicio: 10:00 am

Hora de finalización: 11: 35 am

El investigador principal hace una presentación de los resultados donde como consideraciones finales expresa:

Durante la presentación se hace énfasis en los 4 atributos para los cuales se obtuvo menor nivel de integración y los directivos presentes reflexionaron sobre las causas de dichos resultados. Las ideas que emergieron en este sentido estuvieron dirigidas a:

- Cumplimiento de los criterios de inclusión para la selección de los prestadores que participaron en el taller. (Mujer, participante del taller anterior)
- Razones por las cuales existe una disonancia entre la percepción de directivos y prestadores:

Referidas a los hogares maternos

- “Los prestadores se ponen más en el lugar de la población y los pacientes, mientras que los directivos tienen otra postura” (Mujer)
- “ Se quedan camas sin ocupar todos los meses en los hogares maternos (...) así que no sé por qué dicen eso” (Mujer, participante del taller anterior)
- “(...) puede ser que de que ellos solicitan un ingreso en el hogar materno, a que se le asigna pasa un tiempo...” (Hombre, director municipal, participante del taller anterior)

Referidas al atributo No. 11

“La diferencia entre prestadores y directivos es que para los directivos está estipulado pero, el prestador está dando datos que después no le retribuyen en nada” (Mujer)

Referidas al atributo No. 14

“(...) el error fue que nosotros lo valoramos como debe ser y no como es...” (Mujer participante del taller anterior)

“Yo veo lógico ese resultado [se refiere a la diferencia entre la percepción de prestadores y directivos] porque se están eliminando eslabones intermedios y la acción intersectorial se hace desde arriba. Las instancias intermedias están ausentes en la solución de los problemas y los problemas se resuelven desde arriba” (Hombre, director municipal, participante del taller anterior)

- Cuando el investigador principal les muestra el gráfico titulado: Atributos según nivel de integración y función el entrevistado. Noviembre 2011, les hace notar lo interesante del resultado que el mismo refleja.

Entre los participantes surgen entonces preguntas redundantes: ¿Estaban los prestadores adecuados en el taller? ¿Cumplían los prestadores que estaban los criterios de inclusión que se habían fijado?..

“Este resultado a mí me confirma que no está completo el ciclo de dirección.” (Hombre, director municipal, participante del taller anterior)

- Cuando se le presenta el gráfico titulado: Índice de integración por atributo. Municipio Boyeros. Noviembre 2011, el investigador principal hace alusión a la utilidad que tendría este gráfico para comparar municipios entre sí.

“Hay que tener cuidado contra quien nos comparamos porque habría que ver que ese municipio tuviera las características nuestras. Boyeros solo se puede comparar con Plaza, porque por ejemplo tenemos los tres niveles de atención dentro del municipio...” (Hombre, director municipal, participante del taller anterior)

Al finalizar el investigador habla de la aplicabilidad de este resultado y de su validez como herramienta para atender y conducir procesos y el director municipal indica que se discuta a nivel de cada grupo básico de trabajo.

## Anexo 24



Anexo 25

Tabla 9. Metas con integración parcial según dimensiones y funciones. Municipios seleccionados, 2012

Redes Municipios	Dimensiones											
	Modelo de atención médica integral (n=6)				Dirección y Organización (n=7)				Presupuesto y estímulo (n=1)			
	Prestadores		Directivos		Prestadores		Directivos		Prestadores		Directivos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pinar del Río	4	66,7	1	16,7	1	14,3	1	14,3	1	100,0	0	0,0
Consolación	4	66,7	1	16,7	6	85,7	1	14,3	1	100,0	0	0,0
La Palma	1	16,7	3	50,0	1	14,3	1	14,3	1	100,0	0	0,0
Cotorro	2	33,3	5	83,3	2	28,6	6	85,7	0	0,0	1	100,0
Plaza de la Revolución	5	83,3	6	100,0	4	57,1	7	100,0	1	100,0	1	100,0
Matanzas	4	66,7	3	50,0	3	42,8	3	42,8	1	100,0	1	100,0
Colón	4	66,7	3	50,0	5	71,4	5	71,4	1	100,0	0	0,0
Cienfuegos	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Holguín	4	66,7	0	0,0	5	71,4	1	14,3	0	0,0	0	0,0

Fuente: Base de datos municipios seleccionados. 2012.

Anexo 26

Tabla 10. Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio Pinar del Río, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 31
2	No se generan y utilizan mecanismos, para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.	52,6
	No se promueve la regionalización tomando en cuenta criterios de proximidad de la población a las unidades de salud, independiente de su nivel de complejidad, para que estén lo más cercano posible al lugar de residencia de las personas.	57,9
	No se logra en algunos casos mantener tamaños poblacionales, que permitan acometer las funciones a realizar en cada servicio para facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios	73,7
3	Dificultades para promover la participación social y la acción intersectorial.	73,7
5	Dificultades en la aplicación de tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad, tanto intersectorial como intrasectorial.	57,9
7	No está asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en las unidades.	63,2
12	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados.	84,2
14	No se percibe la intersectorialidad como el principal mecanismos para la solución de problemas de salud derivados de problemas sociales, ambientales y u o laborales	57,9

Tabla 11. Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio Consolación del Sur, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 32
2	No se logró en algunos casos, mantener tamaños poblacionales que permiten acometer las funciones a realizar en cada servicio para: facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios.	62,5

6	La distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia, no estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario.	65,6
7	No asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en las unidades.	75,0
	Dificultades para que la actividad administrativa de cada unidad responda a un concepto normativo y de reglamento único, pero descentralizado de acuerdo a sus necesidades.	56,3
9	Problemas para la gestión oportuna de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios.	59,4
10	Insuficiente planificación del recurso humano necesario al diseño de los servicios.	53,1
11	<b>La información que se genera en los servicios no es pertinente para el desarrollo de la cultura</b> económica.	65,6
	No hay una propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.	56,3

Tabla 12. Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio La Palma, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 40
2	La población asignada a los servicios sobrepasa las capacidades para facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios.	60.0
6	La distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia, no estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario.	85.0
7	No asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red	56.4
9	No se logra integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios	57.5
	Las unidades no son capaces de gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos).	60.0
12	No se dispone de mecanismos para distribuir las asignaciones de recursos de forma flexible, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios	57.5

Tabla 13: Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio Cotorro, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n=21
2	No se garantiza la resolutivead, para que la red de servicios de primer nivel de atención sea capaz de proporcionar una respuesta adecuada de servicios a toda la demanda de la población.	75,0
	El primer nivel no logra integrarse completamente para brindar cuidado integral, capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital.	58,3
	Dificultades para la aplicación de los mecanismos normados para la coordinación de interconsultas y del flujo de información de referencia y contrareferencia.	66,6
	No se garantizan los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivead del primer nivel de atención derivados de la proyección comunitaria de las especialidades.	100,0
4	Dificultades para el redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias (reducción de número de camas, proyección comunitaria de especialidades).	58,3
	Problemas para desarrollar mecanismos de coordinación asistencial entre niveles evidenciables por normas y procedimientos claramente establecidos	66,7
	No se logra establecer un tipo de coordinación asistencial adecuada al problema de salud a manejar	75,0
5	No se aplican tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial.	75,0
	Poco desarrollo de procedimientos diagnósticos centrados en el método clínico en la red de servicios	91,7
6	No existe, en la distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia, un estímulo para el desarrollo del enfoque familiar y comunitario	75,0
7	La asignación de presupuesto no asegura satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red	66,6
	Los procesos de atención (recogidos en programas, normas, procedimientos) no estimulan la capacidad de auto cuidado de la población.	58,3
8	Dificultades en la conducción del paciente por los niveles de complejidad. Ejemplo: manejo de la IRC, urgencia y emergencia, IMA, AVE, neoplasias y otros.	75,0
	Las unidades no son capaces de gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos).	75,0

	9.5. La localización de normas y procedimientos para el manejo de problemas de salud específicos es oportuna.	66,6
10	La información clínica del paciente no es accesible en todos los niveles de complejidad de la atención.	75,0
	Dificultades con los sistemas de información y su consistencia con la misión y objetivos del Sistema Nacional de Salud.	58,3
	Dificultades para garantizar la disponibilidad del RRHH para los servicios ubicados en todos los niveles de complejidad tanto de prestación como de dirección y gestión.	66,7
	Dificultades para garantizar la disponibilidad de RRHH con competencias creadas para el trabajo a realizar	66,6
	No se cuenta con un sistema de evaluación de desempeño para los RRHH acorde a las necesidades de los servicios.	66,7
	La información producida no es analizada en ocasiones y no se garantiza en todo momento la retroalimentación a la red.	58,3
11	<b>11.2La información producida por los servicios no retroalimenta sobre:</b> La demanda en la utilización de los servicios.	66,7
	La información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre.	<b>83,3</b>
	La información clínica de los casos.	66,6
	La Información sobre la satisfacción de usuarios.	66,7
	La Información económica.	66,7
	No se dispone de una propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.	91,7
12	Dificultades con los mecanismos para hacer asignaciones de recursos flexibles, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios.	66,7
	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar el pago por resultados en los cargos en que es posible.	91,6
	No se implementa un plan de capacitación para el desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.	66,6

Tabla 14: Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio Plaza de la Revolución, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 25
1	Para la definición de los servicios (plantilla necesaria, instrumental y equipos y espacios adecuados) no se utiliza siempre información actualizada sobre la población/territorio a cargo que proviene fundamentalmente del ASIS.	56,3
2	Dificultades en la generación y utilización de mecanismos, para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.	62,5
	Problemas para garantizar la resolutivez, para que la red de servicios de primer nivel de atención sea capaz de atender la demanda poblacional.	56,3
	No se logró mantener tamaños poblacionales, que permitan acometer las funciones a realizar en cada servicio para: facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios	75,1
	El primer nivel no logra integrarse para brindar cuidado integral, capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital.	81,3
3	No se logran desarrollar, en el primer nivel de atención, vínculos profundos con las personas, la familia y la comunidad.	68,8
	No se facilita la participación social y la acción intersectorial, a través de los espacios de intercambio establecidos.	81,3
	Dificultades en la aplicación de los mecanismos normados para la coordinación de interconsultas y del flujo de información de referencia y contra-referencia.	56,3
	No se logra la movilidad del personal a lo largo de toda la red de servicios del primer nivel de atención para garantizar atención de salud donde sea necesario.	81,3
	No se garantizan los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención derivados de la proyección comunitaria de las especialidades.	87,5
4	No se percibe un redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias (reducción de número de camas, proyección comunitaria de especialidades).	81,3
	Dificultades para garantizar los procesos de atención integrada relacionados con: cirugía ambulatoria, hospital de día, ingreso y seguimiento en el hogar, hogares maternos, casas de abuelo,	68,8

	hogares de impedidos físicos.	
	Poco desarrollo en los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles evidenciables por normas y procedimientos claramente establecidos.	75,1
	No se logra establecer un tipo de coordinación asistencial adecuada al problema de salud a manejar	81,3
5	No se aplican tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial.	75,1
	Poco desarrollo de procedimientos diagnósticos centrados en el método clínico en la red de servicios	62,5
6	Dificultades para lograr una prestación de servicios centrada en los derechos y en ocasiones deberes de las personas/pacientes, con respecto a la atención médica.	62,6
	En la distribución de las cargas horarias de los servicios del Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia no se estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario	68,8
	Dificultades para que la comunidad reciba información, opine y sea tomada en cuenta, en temas relacionados con la distribución de servicios, asignación de CMF, asignación de reorganización de servicios municipales.	62,6
	Dificultades para el desarrollo de iniciativas comunitarias que impacten los servicios y los procedimientos de prestación	62,5
	La misión y la visión del sistema y de cada unidad operativa en particular no está bien definida	62,6
	Poco delimitados los espacios de intercambio de información e integración de estrategias de trabajo entre directivos de distintos niveles de atención.	62,6
	Dificultades para ajustar los planes de trabajo de cada unidad operativa a su misión y objetivos y alineación a los planes de trabajo del nivel central	62,5
7	No se cumple la política de cuadros del país.	75,1
	Dificultades para estructurar la función de monitoreo y evaluación de la red, con el objetivo de garantizar un nivel de desempeño adecuado	68,8
	Dificultades con la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red	62,6
	Insuficiencias con los mecanismos de retroalimentación, en las diferentes áreas, de ineficiencias identificadas en las supervisiones	62,6
	Dificultades con las funciones de las partes, a partir de la doble subordinación de los niveles de dirección.	75,0
	Dificultades para estimular la participación social en salud, a través de la integración de distintos mecanismos (donaciones de sangre,	56,3

	vacunaciones, campañas antivectoriales, saneamiento general, otras).	
	Los procesos de atención (recogidos en programas, normas, procedimientos, guías relacionadas con la atención materna infantil) no estimulan la capacidad de auto cuidado de la población.	68,8
	Dificultades con la administración de cada unidad para que responda a un concepto normativo y de reglamento único, pero descentralizado de acuerdo a sus necesidades	62,6
8	Poco desarrollo en la implementación de sistemas de mejoramiento continuo de la calidad en cada una de las acciones que se realizan que toman en cuenta la opinión de la población.	68,8
	Dificultades en la conducción del paciente por los niveles de complejidad. Ejemplo: manejo de la IRC, urgencia y emergencia, IMA, AVE, Neoplasias, Otros.	62,5
9	Dificultades para el desarrollo de un sistema de Planificación y Desarrollo de la gestión por procesos.	68,8
	Dificultades para integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios	68,8
	Las unidades tienen dificultades para gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos)	68,8
	Los mecanismos de pago no garantizan una gestión oportuna para las necesidades de las unidades.	87,5
	La gestión de normas y procedimientos para el manejo de problemas de salud específicos no es oportuna	75,1
10	Problemas con la planificación del recurso humano necesario al diseño de la Red y su proyección futura	75,0
	Dificultades para desarrollar la cultura organizacional y promoción de valores compartidos.	68,8
	La información clínica del paciente es poco accesible en todos los niveles de complejidad de la atención.	62,6
	El sistema de información tiene dificultades en cuanto a su consistencia con la misión y objetivos del Sistema Nacional de Salud.	62,6
	No garantizada la disponibilidad del RRHH para los servicios diseñados en todos los niveles de complejidad, tanto de prestación como de dirección y gestión.	75,0
	Dificultades para garantizar la disponibilidad de RRHH con competencias creadas para el trabajo a realizar	68,8
	RRHH no disponen de un sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios.	68,8
Dificultades para el análisis y retroalimentación de la información producida por la red.	68,8	

11	La información producida por los servicios no se utiliza para brindar información útil a los mismos sobre: Situación de salud de la población	75,1
	Demanda en la utilización de los servicios	68,8
	Información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre	75,0
	Información clínica	68,8
	Información sobre la satisfacción de usuarios.	62,5
	Información económica	75,1
	Poco desarrollo en una propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente	68,8
	Las unidades del sistema no tienen conocimiento de los costos de su área de desempeño..	62,5
	No se realizan con la periodicidad establecida los consejos económicos y la información que se produce se distribuye a todo el personal de la red.	62,5
12	No se cuentan con mecanismos para hacer un diseño de asignaciones de recursos flexible, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios.	87,6
	No se rinde cuenta a todos miembros de la red de la asignación y ejecución presupuestada. Una vez al año como mínimo.	62,5
	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible.	68,8
	No se dispone de una metodología y/o procedimiento para realizar análisis de resultados en cada unidad de la red.	68,8
	Los directivos no realizan la toma de decisiones en base a resultados de las evaluaciones realizadas a través de todos los niveles de complejidad y tipo de unidad vinculada al sistema.	56,3
13	Los resultados alcanzados no se toman en cuenta para proponer mejoras en los procesos que se ejecutan	56,3
14	No se trabaja por desarrollar los canales de comunicación y vinculación intersectorial existentes entre las diferentes estructuras de gobierno, organismos, organizaciones y la red de servicios.	75,1
	No se implementan métodos y mecanismos para determinar los niveles de integración que exhibe el sistema	75,1
	No se ha implementado un plan de capacitación para el desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.	68,8
	La intersectorialidad tiene dificultades para la solución de problemas de salud derivados de problemas sociales, ambientales y/o laborales.	68,8

Tabla 15: Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio Matanzas, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 34
1	Se realizó una planificación de servicios que no tomó siempre en cuenta: las necesidades futuras previsibles de la población.	53,8
2	Problemas en la utilización de mecanismos para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.	79,4
3	Dificultades para aplicar los mecanismos normados para la coordinación de interconsultas y del flujo de información de referencia y contrareferencia.	52,9
	No se garantizan los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención, derivados de la proyección comunitaria de las especialidades.	85,3
4	Problemas con el redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias (reducción de número de camas, proyección comunitaria de especialidades).	64,7
5	No se logra establecer una coordinación asistencial adecuada al problema de salud a manejar en todos los casos.	52,9
6	La distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia, no estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario	61,8
7	No asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red.	88,2
9	No se logra integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios	88,3
	Dificultades para gestionar eficientemente las necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos..).	67,6
	No se desarrollan mecanismos de pago garantizan una gestión oportuna para las necesidades de las unidades.	73,5
	La disponibilidad y uso de normas y procedimientos para el manejo de problemas de salud específicos no es oportuna.	55,9
10	No garantizada en todos los casos la disponibilidad del RRHH para los servicios diseñados en todos los niveles de complejidad tanto de prestación como de dirección y gestión.	64,7
	No garantizada en todos los casos la disponibilidad de RRHH con competencias creadas para el trabajo a realizar	61,8
11	Dificultades con la Información sobre la trayectoria del paciente	67,6

	independientemente del nivel o servicio donde se encuentre	
	El sistema de información económica no satisface las necesidades de las unidades para el análisis y la toma de decisiones.	58,8
	No hay una propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente	73,5
	Las unidades de la red no tienen conocimiento de los costos de su área de desempeño.	73,5
	No se realizan en ocasiones, con la periodicidad establecida, los consejos económicos y la información que se produce no se distribuye a todo el personal de la red	53,0
12	No se cuenta con mecanismos para hacer un diseño de asignaciones de recursos flexibles, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios	58,8
	No se rinde cuenta a todos miembros de la red de la asignación y ejecución presupuestaria. Una vez al año como mínimo.	70,5
	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible.	99,1

Tabla 16: Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio Colón, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 31
2	Problemas en la utilización de mecanismos, para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.	77,3
	No se garantiza la resolutivez, para que la red de servicios de primer nivel de atención sea capaz de proporcionar servicios de calidad a toda la demanda poblacional.	61,3
	Problemas en la regionalización, tomando en cuenta criterios de proximidad de las personas a las unidades de salud, independiente de su nivel de complejidad, para que estén lo más cercano posible al lugar de residencia de las personas.	80,6
	No se logró en todos los casos mantener tamaños poblacionales, que permitan acometer las funciones a realizar en cada servicio para: facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios	61,3

3	Dificultades para facilitar la participación social y la acción intersectorial, a través de los espacios de intercambio establecidos.	51,6
	Dificultades para garantizar los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención derivados de la proyección comunitaria de las especialidades.	61,3
4	Problemas para utilizar los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles evidenciables por normas y procedimientos claramente establecidos	51,6
5	Problemas en la aplicación de tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial.	54,9
	Insuficiencia en la utilización de procedimientos diagnósticos centrados en el método clínico en la red de servicios	67,7
6	La distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia, no estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario	64,5
	No se promueve el desarrollo de iniciativas comunitarias que impacten los servicios.	58,1
7	No está asegurado en todos los casos la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red	67,7
	Los procesos de atención (recogidos en programas, normas, procedimientos, guías relacionadas con la atención materna infantil) no estimulan suficientemente la capacidad de auto cuidado de la población	61,3
8	Poco desarrollo en la implementación de sistemas de mejoramiento continuo de la calidad en cada una de las acciones que se realizan que toman en cuenta la opinión de la población.	51,6
	Dificultades en la conducción del paciente por los niveles de complejidad. Ejemplo: manejo de la IRC, urgencia y emergencia, IMA, AVE, neoplasias y otros.	64,6
9	Desarrollo insuficiente de un sistema de Planificación y Desarrollo de la gestión por procesos	58,0
	No se logra integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios	80,6
	Las unidades no son capaces de gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos).	83,9
	Los mecanismos de pago no garantizan una gestión oportuna	61,3

	para las necesidades de las unidades.	
10	Insuficiencias en la planificación del recurso humano necesario al diseño de la Red y su proyección futura.	54,9
	Dificultades para lograr una estrategia formativa basada en la formación permanente.	51,7
	La información clínica del paciente no es accesible en todos los niveles de complejidad de la atención.	54,8
	Problemas para garantizar la disponibilidad del RRHH para los servicios diseñados en todos los niveles de complejidad tanto de prestación como de dirección y gestión.	64,5
	Dificultades para garantizar la disponibilidad de RRHH con competencias creadas para el trabajo a realizar.	54,8
	RRHH no dispone de un sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios.	61,3
	La información producida en ocasiones no es analizada y no se garantiza la retroalimentación a la red.	58,1
11	No se dispone de información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre.	58,1
	Problemas para disponer oportunamente sobre la Información clínica de los pacientes atendidos en la red.	51,7
	No hay desarrollo en una propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.	61,3
12	Dificultades con los mecanismos para hacer asignaciones de recursos flexibles, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios.	61,3
	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible.	77,4

Tabla 17: Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Provincia Cienfuegos, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 35
3	Dificultades para desarrollar, en el primer nivel de atención, vínculos estrechos con las personas, la familia, la comunidad y con el resto de los sectores sociales a través de los distintos tipos de procedimientos utilizados.	60,0
	Inestabilidad para garantizar los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención derivados de la incorporación de procederes y consultas de nivel hospitalario.	51,4

5	Poco desarrollo de una estrategia de capacitación del RRHH de acuerdo a las nuevas condiciones de trabajo.	51,4
	No se utilizan las tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial.	65,7
6	Dificultades, en la distribución de las cargas horarias de los servicios del Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia, para el desarrollo del enfoque familiar y comunitario.	57,2
7	Problemas con el cumplimiento de la política de cuadros del país.	51,5
	La asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y de soporte logístico de los servicios en toda la red no es suficiente.	68,6
9	No se dispone de métodos y mecanismos para determinar los niveles de integración que exhibe el sistema.	68,6
	No se cuenta con un plan de capacitación para el desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.	65,7
	Dificultades para utilizar la intersectorialidad, como el principal mecanismo para la solución de problemas de salud derivados de problemas sociales, ambientales y/o laborales.	57,1

Tabla 18: Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipio Holguín, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 40
7	No está asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red.	62,5
9	No se logra integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios.	67,5

Tabla 19: Encuestados con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipios Seleccionados, 2012

Meta	Criterios	Percepción de fragmentación (%) n= 289
2	Dificultades para generar y utilizar mecanismos, para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.	52,8
	No se logra mantener tamaños poblacionales, que permiten acometer las funciones a realizar en cada servicio para: facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinarios.	50,2
3	Problemas para garantizar los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención derivados de la incorporación de procedimientos y consultas de nivel hospitalario.	53,9
5	No se aplican tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial ajustado a la posibilidad, tomando en cuenta la necesidad.	52,4
6	En la distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia, no se estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario.	59,4
7	No está asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red.	69,0
9	Dificultades para integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios.	69,7
	Las unidades tienen problemas para gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos).	60,5
	Los mecanismos de pago no garantizan una gestión oportuna para las necesidades de las unidades.	51,7
11	No se dispone de un sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.	54,6
12	No se cuentan con mecanismos para hacer un diseño de asignaciones de recursos flexibles, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios.	51,3
	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible.	61,6

Tabla 20: Prestadores con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipios seleccionados, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 126
2	Dificultades en la generación y utilización de mecanismos, para que la red de servicios y particularmente el primer nivel de atención, sea capaz de coordinar casos en todos los niveles de atención tanto de nivel primario como hospitalarios.	57,4
	No se logró mantener tamaños poblacionales, que permitan acometer las funciones a realizar en cada servicio para: facilitar acceso y garantizar la calidad de los servicios multidisciplinares.	60,2
3	No se facilita la participación social y la acción intersectorial, a través de los espacios de intercambio establecidos.	60,2
	No se garantizan los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención derivados de la proyección comunitaria de las especialidades.	54,6
5	No se aplican tecnologías de la información y las comunicaciones, para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial.	61,1
6	En la distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia no se estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario.	68,5
	Dificultades para el desarrollo de iniciativas comunitarias que impacten los servicios y los procedimientos de prestación.	52,8
7	Dificultades con la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red.	70,4
9	Dificultades para integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios.	74,0
	Las unidades tienen dificultades para gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos).	59,3
11	Poco desarrollo en una propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.	61,1
12	No se cuentan con mecanismos para hacer un diseño de asignaciones de recursos flexible, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos de acuerdo a las necesidades de los servicios.	56,5
	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago	63,9

	por resultados en los cargos en que es posible.	
--	---	--

Tabla 21: Directivos con percepción de fragmentación según criterios y metas. Municipios seleccionados, 2012

Meta	Criterio	Percepción de fragmentación (%) n= 126
3	No se garantizan los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutivez del primer nivel de atención derivados de la proyección comunitaria de las especialidades.	53,1
6	En la distribución de las cargas horarias de los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia no se estimula el desarrollo del enfoque familiar y comunitario.	53,4
7	Dificultades con la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red.	66,9
9	Dificultades para integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios.	66,8
	Las unidades tienen dificultades para gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos).	61,3
	Los mecanismos de pago no garantizan una gestión oportuna para las necesidades de las unidades.	52,8
11	Poco desarrollo en una propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.	50,3
12	No se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible.	60,2

**Anexo 27.** Resultado de la evaluación de la integración a partir de la percepción de usuarios de las redes de servicio exploradas

### Policlínicos

Tabla 22: Evaluación de la satisfacción de usuarios según condiciones de locales de atención en policlínicos, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Bueno		Regular		Malo		No evaluado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Limpieza	140	93,3	8	5,3	1	0,7	1	0,7
Iluminación artificial	121	80,6	20	13,4	2	1,5	7	4,5
Estado de las puertas	119	79,1	27	17,9	0	0,0	4	3,0
Estado de las paredes	107	71,6	34	22,4	2	1,5	7	4,5
Muebles para salón de espera	130	86,6	16	10,4	4	3,0	0	0,0
Muebles de consulta	139	92,5	7	4,5	0	0,0	4	3,0
Ventilación artificial	83	55,2	20	13,4	16	10,4	31	20,9
Estado de las sábanas	121	80,6	7	4,5	0	0,0	22	14,9
Estado de los baños	96	64,2	25	16,4	7	4,5	22	14,9
Lugar para tomar agua	85	56,7	9	6,0	11	7,5	45	29,9
Estado de la sala de observaciones	65	43,3	4	3,0	0	0,0	81	53,8
Estado de sala de emergencias	45	29,9	2	1,5	0	0,0	103	68,7
Estado del lavabo	114	76,1	9	6,0	4	3,0	22	14,9
Jabón	130	86,6	2	1,5	0	0,0	18	11,9
Toalla	130	86,6	2	1,5	0	0,0	18	11,9

n = 150

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

Tabla 23: Evaluación de la satisfacción de usuarios según tiempo de espera en policlínicos, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Satisfecho		Parcialmente satisfecho		No satisfecho		No evaluado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tiempo para recoger resultados de Rx	67	44,8	0	0,0	4	2,9	79	52,3
Tiempo para recoger resultados de Ultrasonido	96	64,2	2	1,5	2	1,5	50	32,8
Tiempo de espera para recogida de ambulancia	27	17,9	7	4,5	2	1,5	114	76,1
Tempo de espera para la atención por asistencia social	16	10,4	0	0,0	2	1,5	132	88,1

n=150

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

Tabla 24: Evaluación de la satisfacción de usuarios sobre la información recibida en el proceso de atención en policlínicos, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Siempre		A veces		Nunca		No evaluado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Recibo de información sobre su situación de salud	143	95,5	2	1,5	0	0,0	5	3,0
Recibo de información sobre exploraciones físicas realizadas	143	95,5	2	1,5	0	0,0	5	3,0
Recibo de información sobre pruebas diagnósticas realizadas	141	94,0	2	1,5	0	0,0	7	4,5
Recibo de información sobre orientaciones emitidas por el personal de salud	137	91,0	2	1,5	2	1,5	9	6,0
Recibo de información sobre acceso a otros servicios de salud	132	88,1	9	6,0	0	0,0	9	6,0

n=150

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

Tabla 25: Evaluación de la satisfacción de usuarios explorando la coordinación de problemas de salud en policlínicos, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Siempre		A veces		Nunca		No evaluado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sus problemas de salud son tratados en el lugar adecuado	128	85,1	18	11,9	2	1,5	2	1,5
Sus problemas de salud son tratados en el momento adecuado	128	85,1	18	11,9	0	0,0	4	3,0
Sus problemas de salud son tratados por el personal calificado para ello	143	95,4	2	1,5	0	0,0	5	3,1

n=150

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

## Consultorios médicos de familia

Tabla 26: Evaluación de la satisfacción de usuarios según condiciones de locales de atención en consultorios del médico y la enfermera de la familia, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Bueno		Regular		Mala		No evaluado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Limpieza	387	91,6	34	8,0	0	0,0	2	0,4
Iluminación artificial	304	71,8	52	12,2	18	4,2	49	11,7
Estado de las puertas	266	63,0	96	22,7	55	13,0	6	1,2
Estado de las paredes	308	72,7	87	20,6	21	5,0	7	1,7
Muebles para salón de espera	210	49,6	132	31,1	74	17,6	7	1,7
Muebles de consulta	293	69,3	92	21,8	21	5,0	16	3,8
Ventilación artificial	201	47,9	37	8,8	94	22,3	118	27,8
Estado de las sábanas	310	73,5	19	4,6	9	2,1	84	19,8
Estado de los baños	170	40,3	43	10,1	23	5,5	186	44,1

n=423

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

Tabla 27: Evaluación de la satisfacción de usuarios según tiempo de espera en consultorios del médico y la enfermera de la familia, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Satisfecho		Parcialmente satisfecho		No satisfecho		No evaluado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tiempo para recoger resultados de laboratorio	337	79,7	18	4,2	10	2,5	57	13,5
Tiempo para recoger resultados de Ultrasonido	237	56,1	7	1,7	3	0,8	175	41,3
Tiempo de espera para recogida de ambulancia	77	18,1	7	1,7	13	3,0	326	77,2
Tempo de espera para la atención por asistencia social	66	15,6	2	0,4	5	1,3	350	82,7

n=423

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

Tabla 28: Evaluación de la satisfacción de usuarios según información recibida en el proceso de atención en el consultorio del médico y la enfermera de la familia, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Siempre		A veces		Nunca		No evaluado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Recibo de información sobre su situación de salud	415	97,9	3	0,8	0	0,0	5	1,2
Recibo de información sobre exploraciones físicas realizadas	415	97,9	3	0,8	0	0,0	5	1,2
Recibo de información sobre pruebas diagnósticas realizadas	415	97,9	2	0,4	0	0,0	6	1,7
Recibo de información sobre orientaciones emitidas por el personal de salud	351	82,7	6	1,7	0	0,0	66	15,6
Recibo de información sobre acceso a otros servicios de salud	380	89,9	11	2,5	3	0,8	29	6,8
Aclaración de dudas	402	94,9	3	0,8	0	0,0	18	4,3
Presencia de Historia Clínica en consulta	379	89,5	14	3,4	0	0,0	30	7,2

n=423

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

Tabla 29: Evaluación de la satisfacción de usuarios explorando la coordinación de problemas de salud por el consultorio del médico y la enfermera de la familia, 2012

Aspectos	Evaluación							
	Siempre		A veces		Nunca		No evaluado	
	No,	%	No,	%	No,	%	No,	%
Sus problemas de salud son tratados en el lugar adecuado	400	94,5	21	5,1	0	0,0	2	0,4
Sus problemas de salud son tratados en el momento adecuado	384	90,7	37	8,9	0	0,0	2	0,4
Sus problemas de salud son tratados por el personal calificado para ello	409	96,6	7	1,7	0	0,0	7	1,7

n=423

Fuente: Informe de resultados evaluación de las transformaciones. ENSAP, 2012

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2008.
2. Vázquez ML, Vargas L. Redes Integradas de Servicios de Salud: ¿Solución o problema? Revista Ciencias Salud. 2006;4(1):5-9.
3. Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum J. 1993;36(2):20-6.
4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Integrating health care delivery. Healthcare Forum J. 2000;43(6):35-9.
5. Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. [Serie de Informes Técnicos No 861]. Ginebra: OMS; 1997.
6. Ruiz Hernández JR. Consolidación del Sistema Único de Salud, 1969-1984. Cuad His Salud Pública. 2010 [citado 11 Ene 2011];108. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_108/his04108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/his04108.htm)
7. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. 1997 [citado 1 Oct 2010]. Disponible en: [www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf](http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf)
8. El Plan del Médico de la Familia en Cuba. La Habana: MINSAP; 1991.

9. Mason Susan E, Strug David L, Beder Joan, editores. Community Health Care in Cuba. Chicago Illinois: Lyceum Books; 2010.
10. Sansó Soberats FJ. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002 [citado 10 Feb 2010];18(3):236-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=es)
11. Ministerio de Salud Pública. Interrelación policlínico hospital. Carpeta Metodológica de la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP; 2001 [citado 6 Ene 2014]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/carpeta.pdf>
12. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 10 Feb 2010];35(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=pt)
13. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
14. Rodríguez Saavedra C. Plan de acción intersectorial de la lactancia materna exclusiva. Municipio Pinar del Río. 2009 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
15. Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. La calidad de vida en salud en el período revolucionario. Rev Cubana Salud Pública. 2001 [citado 11 Ene 2011];27(1):45-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100006&lng=es)

16. Pérez de Alejo B, García Díez P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Enfermer. 2005 [citado: 19 Nov 2010]; 21(2):23-31. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=32127&id\\_seccion=750&id\\_ejemplar=3306&id\\_revista=62](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32127&id_seccion=750&id_ejemplar=3306&id_revista=62)
17. Medina Lorente GM, Vargas Torres JM, Romero Villar R, Crespo Bello EM, Lemes Báez JJ. Satisfacción de la población con el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 [citado 19 Nov 2010];14(6):571-80. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251998000600011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600011&lng=es)
18. Gutiérrez Triana Y. Satisfacción con los servicios de rehabilitación integral y de ultrasonido en el policlínico Héroes de Corintia. 2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2008.
19. Barceló Montiel Z. Satisfacción de la población con los servicios de fisioterapia y rehabilitación. Policlinicos seleccionados del país. 2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
20. Segredo Pérez AM, Perdomo Victoria I, López Puig P. Caracterización del desempeño profesional de los egresados de la Maestría en Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004 [citado 13 Ene 2011];20(5-6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000500019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500019&lng=es)
21. Pérez Reyes R. Evaluación de competencias específicas a médicos de los servicios de urgencias y emergencias. Municipio Habana del Este. 2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.

22. Pérez Maza BA. La equidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 6 Ene 2014];33(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300007&lng=es)
23. Artiaga García A. Evaluación del Servicio de ultrasonografía diagnóstica en policlínicos de cinco municipios. Ciudad de La Habana 2009 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.
24. Gallego Machado B. Evaluación de la calidad de la consulta de puericultura en menores de un año. Policlínico Docente Lawton 2006 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
25. Cruz Álvarez NM, Verdial Vidal R, Vázquez Vigoa A, Gamon Morales N. Aplicación del sistema de costo en el policlínico Héroes del Moncada. Rev Cubana Salud Pública. 1996 [citado 10 Feb 2010];22(1):17-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434661996000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000100009&lng=es)
26. Chaviano Moreno M. Niveles de eficiencia de los policlínicos de Matanzas, Cuba. 2006 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
27. Machado León R. Costos y resultados de la atención médica a pacientes con VIH/SIDA. Santa Clara 2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
28. Nicolás Pérez R. Costos de atención médica a pacientes hipertensos. Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón de Cumanayagua, 2006 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.

29. Sanabria Ramos G. Participación Social y Comunitaria: Reflexiones. Rev Cubana Salud Pública. 2001 [citado 6 Ene 2014];27(2):89-95. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es)
30. Lemus Lago E, Borroto Cruz R. Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral. En: Oliva Agüero A, Espinosa Pérez ME, Sánchez Ferrán T, editores. Temas de Medicina General Integral. T I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 7-22.
31. Sansó Soberats F, Batista Moliner R. Hacia una mayor capacidad resolutive y calidad de la atención en nuestra medicina familiar [editorial]. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [citado 28 de Feb 2013];17(3):213-5. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_3\\_01/mgi01301.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_3_01/mgi01301.htm)
32. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médica, Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 17 Abr 2013]. Disponible en: [http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Cuba\\_2015.pdf](http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Cuba_2015.pdf)
33. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Protección de las conquistas de la salud pública cubana ante la crisis financiera y económica mundial. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 11 Ene 2011];36(4):337-48. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400008&lng=es)
34. Ministerio de Salud Pública. Prioridades y Objetivos de Trabajo. 2010. La Habana: MINSAP; 2010.
35. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo y criterios de medidas del Ministerio de Salud Pública para el año 2012, 1era. versión. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 22

Oct 2012]. Disponible en:

<http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/informacion/reglament%20hha/objetivos%20y%20criterios%20de%20%20medida%202012.pdf>

36. Domínguez-Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Pública Mex. 2011;53 supl 2:S168-S176.

37. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2012. La Habana: MINSAP; 2013.

38. Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968.

39. Black N. Consensus development methods. En: Pope C, Mays N, editors. Qualitative methods in health care. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 132-41.

40. Cervantes VH. Interpretaciones del coeficiente Alpha de Cronbach. Revista Avances Medición. 2005 [citado 1 Ene 2014];3:9-28. Disponible en: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-0023/2/1.pdf>

41. Grupo de innovación educativa de la Universitat de Valencia. SPSS. Análisis de fiabilidad. Alfa de Cronbach. 2010 [citado 1 Ene 2014]. Disponible en: [http://www.uv.es/innovamide/spss/SPSS/SPSS\\_0801B.pdf](http://www.uv.es/innovamide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf)

42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México: McGraw-Hill; 2006.

43. Oviedo Heidi C, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr. 2005 [citado 26 Apr 2013];34(4):572-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en)

44. Autor desconocido. Correlación Pearson y Spearman. 2000 [citado 1 ene 2014].

Disponible en:

[http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.idycic.org%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_d ocman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D118%26Itemid%3D90&ei=DtHKUv\\_kNY b6kQfw\\_YHoBw&usq=AFOjCNE3g\\_XSe1BiOWfBn1YW-AW284ksw&bvm=bv.58187178,d.eW0](http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.idycic.org%2Findex.php%3Foption%3Dcom_d ocman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D118%26Itemid%3D90&ei=DtHKUv_kNY b6kQfw_YHoBw&usq=AFOjCNE3g_XSe1BiOWfBn1YW-AW284ksw&bvm=bv.58187178,d.eW0)

45. Reynaga Obregón J. Prueba de Asociación de dos variables cuantitativas discretas (o dos continuas sin distribución normal). Prueba de Spearman. 2012 [citado 1 Ene 2014].

Disponible en:

[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia/28\\_2\\_Spearman.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia/28_2_Spearman.pdf)

46. Kaufman R. Planificación de los sistemas educativos. Ideas básicas concretas. México, D. F.: Trillas; 1998.

47. Moncanda JO. Teoría General de Sistemas. Conceptos. Presentación en PPT. Nuevo León, Monterrey: Subsecretaría de Desarrollo Magisterial, Escuela de Ciencias de la Educación; 2011 [citado 30 Dic 2013]. Disponible en:

<http://www.slideshare.net/omiratia/teora-general-de-sistemas-conceptos-6595080#>

48. Kaufman R. Mega Planning: Defining and Achieving Success. Newbury Park, CA: Editorial Sage; 2000.

49. Von Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1998.

50. Ramírez LA. Teoría de Sistemas. Manizales: Universidad Nacional de Colombia; 2002 [citado 30 Dic 2013]. Disponible en: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4060001/Material\\_extra/Teor%203%20Da%20de%20Sistemas.pdf](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4060001/Material_extra/Teor%203%20Da%20de%20Sistemas.pdf)
51. Sarabia A. Teoría General de Sistemas. Publicaciones de Ingeniería de Sistemas. 1995 [citado 30 Dic 2013]. Disponible en: [ftp://www.ece.buap.mx/pub/DOCUM\\_EDUCATIVOS\\_FCE\\_F\\_PORRAS/PROCESOS%20DE%20PENSAMIENTO%20y%20TOC/teor%20EDa%20generl%20de%20sistemas/Teori%20a.pdf](ftp://www.ece.buap.mx/pub/DOCUM_EDUCATIVOS_FCE_F_PORRAS/PROCESOS%20DE%20PENSAMIENTO%20y%20TOC/teor%20EDa%20generl%20de%20sistemas/Teori%20a.pdf)
52. Beltramino RE. Los Sistemas Complejos. Las posiciones de Rolando García y de Friedrich A. Hayek. 2006 [citado 15 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco\\_archivos/ponencias/Actas%20XIII/Trabajos%20Episte/Beltramino\\_trabajo.pdf](http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/ponencias/Actas%20XIII/Trabajos%20Episte/Beltramino_trabajo.pdf)
53. García R. Interdisciplinariedad y sistemas complejos. ReLMeCS. 2011 [citado 15 Nov 2013];1(1). Disponible en: <http://www.ambiente.gov.ar/infoteca/ea/descargas/garcia01.pdf>
54. Tarride M. Complejidad y sistemas complejos. Hist Cienc saude-Manguinhos. 1995 [citado 6 Ene 2014];2(1):46-66. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v2n1/a04v2n1.pdf>
55. Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [citado 25 Ene 2014];29(2):157-69. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200011&lng=es)

56. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición. En: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2005. p. 87.
57. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2007.
58. López Puig P, Morales Suárez I, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas S. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 6 Ene 2011];35(4):34-43. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662009000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000400005&lng=es)
59. Hilary P. The meaning of "meaning", En: Hilary P, Editors. Mind, Language and Reality. Cambridge: Cambridge University Press; 1975. p. 218-27.  
Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59109291/Hilary-Putnam-Mind-Language-and-Reality-1975-OCR>
60. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 [citado 20 Oct 2012];19(1). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es)
61. Jardines Méndez JB. Cuba: El reto de la atención primaria y la eficiencia en salud. Educ Med Super. 1995 [citado 20 Oct 2012];9(1):1-2. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21411995000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411995000100001&lng=es)

62. López Clemente A, Martín Sánchez EM, Hurtado Beltrán A, Vega Vega JL. Plan de acciones para desarrollar de manera eficaz el control interno en las unidades presupuestadas de la salud en Cuba. Yaguajay: Filial Universitaria de Salud; 2008 [citado 22 Oct 2012]. Disponible en: [www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/csbn.zip](http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/csbn.zip)
63. Mederos Curbelo ON, León Chiong L de J, Romero Díaz CA, Mustafá García R, de Quesada L, Torres Hernández D. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo. Rev Cubana Cir. 1999 [citado 20 Oct 2012];8(1):41-5. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74931999000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000100008&lng=es)
64. Domínguez Lanuza JC, Zamora Santana O, Rodríguez Reyes JF, Cabrera Espinosa JC. Estructura y funcionamiento de un servicio de cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. Rev Cubana Cir. 1999 [citado 20 Oct 2012];38(1):46-51. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74931999000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000100009&lng=es)
65. Mármol A, Pérez A, Pérez de Prado JC, Herrera M, Molina S, Parodis Y, et al. Trasplante renal en Cuba. Rev Cubana Med. 2005 [citado 20 Oct 2012];44(1-2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232005000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000200010&lng=es)
66. Martínez Ramos G, Torres Fragueta S, González Delis R, Garrido Lena LI. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria: Estudio de 5 años. Rev Cubana Cir. 2003 [citado 20 Oct 2012];42(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932003000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000400005&lng=es)

67. Aldana Padilla D, Hernández Cuesta I, Allison Megret I, Guarnaluse Arce R. Evaluación de la atención al paciente diabético en un área de salud. Rev Cubana Salud Pública. 1997 [citado 20 Oct 2012];23(1-2):78-87. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100007&lng=es)

68. Casteñanos Arias JA, Nerín La Rosa R, Cubero Menéndez O. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000 [citado 20 Oct 2012];16(2):138-43. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol16\\_2\\_00/mqi06200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol16_2_00/mqi06200.htm)

69. Rodríguez Ganen O, García Milián AJ, Yera Alós IB, Alonso Carbonell L. Análisis de prácticas de prescripción y criterio médico sobre calidad y efectividad de la glibenclamida cubana. Rev Cubana Farm. 2008 [citado 20 Oct 2012];42(2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152008000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000200005&lng=es)

70. Sánchez L, Pérez D, Cruz G, Silva LC, Boelaert M, Van der Stuyft P. Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*: opiniones de la población en un municipio de La Habana, Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2004 [citado 20 Oct 2012];5(1).

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n1/20833.pdf>

71. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [citado 20 Oct 2012];22(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es).

72. Luna Morales EC, Sierra Pérez DC, Gandul Salabarría L. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 20 Oct 2012];25(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200016&lng=es)
73. Stusser Beltranena RJ, Rodríguez Díaz A. La informatización de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [citado 20 Oct 2012];22(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400012&lng=es)
74. Urbina Laza O, Soler Cárdenas SF, Otero Ceballos M. Evaluación del desempeño del Profesional de Enfermería del Servicio de Neonatología. Educ Med Super. 2006 [citado 20 Oct 2012];20(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412006000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000100004&lng=es)
75. Sánchez Jacas I, Bonne Galí T, Pérez Ferrer C, Botín Díaz M. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2002 [citado 20 Oct 2012];28(1):38-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100004&lng=es)
76. Garrido García RJ, Reyes Sigarreta MR, Cordero Rivera V, Rodríguez Miranda E. El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 [citado 20 Oct 2012];19(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252003000100002&lng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000100002&lng=e)

S

77. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercussion of the Cuban population's aging on the healthcare sector. Rev Cubana Salud Pública. 2006 Jun [citado 20 Oct 2012];32(2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662006000200013&lng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000200013&lng=e)

S

78. García Fariñas A, Sánchez Delgado Z, Chaviano Moreno M, Muñoz Cepero M. Niveles de eficiencia de las policlínicas de Matanzas, Cuba, según el método de análisis envolvente de datos. Rev Panam Salud Publica. 2007 [citado 20 Oct 2012];22(2).

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n2/a04v22n2.pdf>

79. Fernández García A, Gálvez González AM, Castillo Guzmán A. Costo institucional del infarto agudo del miocardio en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev Cubana Salud Pública. 2008 [citado 6 Ene 2014];34(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400006&lng=es)

80. Chaviano Moreno M, Sánchez Delgado Z, García Fariñas A. Niveles de eficiencia en las clínicas estomatológicas en Matanzas, Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 20 Oct 2012];35(4): 117-27. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662009000400011&lng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000400011&lng=e)

S

81. García Milián AJ, Alonso Carbonell L, López Puig P, Yera Alós I, Ruiz Salvador AK, Blanco Hernández N. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 20 Oct 2012];25(4):5-16.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400002&lng=es)

82. Iñiguez Rojas L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 26 Ene 2014];38(1):109-25.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es)

83. Gálvez González AM, Álvarez Muñoz M, Sarduy Domínguez Y, Morales Laberón M. Diagnóstico de la evaluación económica en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública.

2004 [citado 6 Ene 2014];30(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100003&lng=es)

84. Roses Periago M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2/3):65-9.

85. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. Grupo de Trabajo de Atención Primaria. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2/3):73-84.

86. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Consulta regional sobre la renovación de la atención primaria de salud (APS) en Las Américas.

Montevideo: OPS/OMS; 2005 [citado 25 May 2009]. Disponible en:

[http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/aps\\_agenda.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/aps_agenda.htm)

87. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la enfermera de la familia. La Habana: MINSAP; 2011.

88. Iníguez Rojas L. Geografía y salud en Cuba: tendencias y prioridades. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [citado 6 Ene 2014];29(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400002&lng=es)
89. Dótres Martínez C. Salud y municipios: Desafíos y contribuciones en los albores del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública. 1999 [citado 30 Oct 2012];25(2):105-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661999000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000200001&lng=es)
90. CCM-Benchmark Network. 2011 nov. El concepto de Red. 2011 [citado 1 de Nov 2012]. Disponible en: <http://es.kioskea.net/contents/initiation/concept.php3>
91. Robbins Stephen P. Comportamiento Organizacional. 10ma ed. México, D. F.: Editorial Pearson Educación; 2004 [citado 13 May 2013]. Disponible en: [http://books.google.es/books?id=OWBokj2RqBYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_atb#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?id=OWBokj2RqBYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false)
92. Barba Álvarez A. Cambio Organizacional y cambio en los paradigmas de la organización. Iztapalapa 48. Revista Ciencias Sociales Humanidades. 2000 [citado 13 May 2013]; Año 20:11-34. Disponible en: <http://148.206.53.230/revistasuam/iztapalapa/include/getdoc.php?id=648&article=659&mode=pdf>
93. Dabas E, Perrone N. Redes en Salud. Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud y Calidad en Sistemas y Servicios de Salud. Buenos Aires: Programas de Educación a Distancia; 2000 [citado 1 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.medicinaysociedad.org.ar%2Fpublicaciones%2F>

[publicaciones2001%2FN%25E9storPerroneREDES.doc&ei=2sqYUrDfBsGhkOf19oGACw&usq=AFQjCNH-GaLJc\\_qA2\\_zj-z57\\_-lWKXq\\_yA&bvm=bv.57155469,d.eW0](http://publicaciones2001%2FN%25E9storPerroneREDES.doc&ei=2sqYUrDfBsGhkOf19oGACw&usq=AFQjCNH-GaLJc_qA2_zj-z57_-lWKXq_yA&bvm=bv.57155469,d.eW0)

94. Rovere M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad (reimpresión). Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
95. Fernández-Miranda T. Estado y Constitución. Barcelona: Espasa-Calpe; 1975 [citado 1 Nov 2012]. Disponible en: <http://anahitxt.com.ar/blog/wp-content/uploads/2007/05/03-institucionalizacionpolitica.pdf>
96. Cevallos I. Aplicación a la administración básica 1. Organización de empresas. Ambato: Universidad técnica de Ambato; 2010 [citado 1 Nov 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/78247920/35/ESTRUCTURA-DE-LA-ORGANIZACION-AUTORIDAD>
97. Castro Ruz R. Discurso. Clausura de la Primera Conferencia Nacional del Partido. La Habana: Palacio de Convenciones; 2012 [citado 1 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/categoria/raul-castro-ruz/>
98. Ramírez LA. Teoría General de Sistemas. Universidad Nacional de Colombia; 2002 [citado 29 de Nov 2013]. Disponible en: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4060001/Material\\_extra/Teor%C3%ADa%20de%20Sistemas.pdf](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4060001/Material_extra/Teor%C3%ADa%20de%20Sistemas.pdf)
99. Latorre Estrada E. Teoría General de Sistemas aplicada a la solución integral de problemas. Santiago de Cali: Editorial Universidad del Valle; 1996 [citado 12 May 2013]. Disponible en: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=qjKtX6a1F34C&oi=fnd&pg=PP13&dq=teor%>

[C3%ADa+general+de+sistemas+aplicada+al+campo+de+la+salud&ots=dBN4dl-6-Z&sig=VzgPP9XOBPawy-sY3yyfDuVN\\_qg#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20general%20de%20sistemas%20aplicada%20al%20campo%20de%20la%20salud&f=false](http://www.scielo.org/bov/abstract/bov.2012.15.541-7)

100. Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México, D. F.: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
101. Chang de la Rosa M, Alemán Lage MC, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999 [citado 4 Nov 2012];15(5):541-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es)
102. Varona Pérez P, Ojeda del Valle M, Murlá Alonso P, Bonet Gorbea M, Fernández Maceiro E, Báez Rosa M. et al. Calidad de la atención primaria en el paciente asmático. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 [citado 4 Nov 2012];14(1):58-66. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251998000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000100009&lng=es)
103. Rodríguez López M, Labori Ruiz JR. Satisfacción por los servicios brindados en la sala de Fisioterapia del Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba. Medisan. 2012 [citado 4 Nov 2012];16(8):1235-40. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000800007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800007&lng=es)
104. Palacios Ariza K, Moras Sánchez CG, Sánchez Olivos JP, Zacahula Domínguez R, Aguilar Lasserre AA. Diseño y evaluación de alternativas para mejorar la atención a los pacientes de consulta externa en el centro de rehabilitación integral de Orizaba. Revista

- ingeniería industrial. 2012 [citado 1 Nov 2012];6(1). Disponible en:  
<http://academiajournals.com/downloads/palaciosaraizaind2012.pdf>
105. López Sánchez I, Torres Esperón M, Casanova González MF, Martínez Barreto E. Diseño de criterios, indicadores y estándares para evaluar calidad de la atención de enfermería en servicios pediátricos. Rev Cubana Enfermer. 2010 [citado 4 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/11/10>
106. Serrano del Rosal R, Biedma L. El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. En: IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada: Congreso; 2005. p. 262.
107. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública Mex. 1993;35:238-47.
108. Parasuman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Marketing. 1985;49:41-50.
109. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med. 1994;38:509-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8184314>
110. Carrillo-Larco RM, Ramos M. Lima cómo vamos: calidad de atención en salud. Rev Panam Salud Pública. 2012 [citado 4 Nov 2012];32(2):168. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000800013&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000800013&lng=en)
111. Espinoza M. La Comunicación Interpersonal en los servicios de salud. Punto Cero. 2001 [citado 4 Nov 2012]. Disponible en: <http://ucbconocimiento.ucbca.edu.bo/index.php/rpc/article/viewFile/535/500>

112. Fernández-Carbonell MJ, Dasí C, García-Merita ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales Psicol.* 2012 [citado 4 Nov 2012];28(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16723135008>
113. Oviedo L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista Estudios Sociales.* 2004 [citado 14 Mayo 2013]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2349282.pdf>
114. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enfermería.* 2003 [citado 14 May 2013];9(2):9-21. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext&lng=es%2325](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&lng=es%2325)
115. Gattinara B C, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cad Saúde Públ.* 1995 [citado 1 Dic 2013];11(3):425-38. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a05.pdf>
116. Garrido MA, Jentoft Alfonso C, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, de Alvear Valero BF. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002 [citado 14 May 2013];76(6): 683-99. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000600005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005&lng=es)
117. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2002 [citado 14 May 2013];28(2):157-75. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es)

118. Hausmann A, Arellano LE, Guerra M, Blasco J; Grupo de Elaboración y Validación de Instrumentos de Evaluación de la Calidad de los productos de Agencias/Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (GEVIEC). Elaboración y validación de instrumentos metodológicos para la evaluación de productos de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Evaluación de aspectos éticos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS; 2007/1 citado 8 Ene 2014. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/UETS200601.pdf>
119. García Milian Ana J, Alonso Carbonell L, López Puig P. Propuesta metodológica para el abordaje de la investigación relacionada con el consumo de medicamentos. En: Díaz Antunes Maura, editora. Investigación sobre consumo de medicamentos. Experiencia cubana. La Habana: ECIMED; 2013.p.38-70.
120. López Puig P, Alonso Carbonell L, Fernández Díaz IE, Ramírez Albajés C, Segredo Pérez AM, Sánchez Barrera O. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 18 Oct 2012];27(4):421-34. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400001&lng=es)
121. García Álvarez A, Anaya Cruz B. Política social en Cuba, nuevo enfoque y programas recientes. 2007. [citado 21 Oct 2012]. Disponible en: [http://www.nodo50.org/cubasiqloXXI/politica/garciaa\\_300407.pdf](http://www.nodo50.org/cubasiqloXXI/politica/garciaa_300407.pdf)

122. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. 1999-2001. La Habana: MINSAP; 1999 [citado 21 Oct 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/carpeta.pdf>
123. de la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas Ochoa F. Salud para todos si es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005.
124. Pérez Pacaréu ML, Olivares Elegia M, Naranjo Revollido R, Zamora Puerta R, Pasarón Pérez IG. La alergia: ¿Una enfermedad de ricos? Medisur. 2008 [citado 21 Oct 2012];6(1). Disponible en: [www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/412/6016](http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/412/6016)
125. Enciclopedia cubana. Organismos de la Administración Central del Estado. La Habana: MINSAP. 2013 [actualizado 18 Oct 2012; citado 13 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/Ministerio\\_de\\_Salud\\_P%C3%BAblica](http://www.ecured.cu/index.php/Ministerio_de_Salud_P%C3%BAblica)
126. Lissabet Rivero JL. La utilización del método de evaluación de expertos en la valoración de los resultados de las investigaciones educativas. [tesis]. Granma: Universidad Pedagógica "Blas Roca Calderio"; 1998 [citado 21 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.bibliomaster.com/pdf/609.pdf>
127. Black N. Consensus development methods. En: Pope C, Mays N, editors. Qualitative methods in health care. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 132-41.
128. Martínez- Sahuquillo ME, Echevarria MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. "Método RAND/UCLA". Rehabilitación (Madr). 2001 [citado 15 Dic 2013];35(6):388-92. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pidet\\_articulo=13023236&pidet](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13023236&pidet)

[usuario=0&pcontactid=&pid=120v35n06a13023236pdf001.pdf](http://www.scielo.org/revista/120/ty/47/accion=L/origen=zonadelectura&w_usuario=0&pcontactid=&pid=120v35n06a13023236pdf001.pdf)

129. Chaviano OG. Algunas consideraciones teórico-conceptuales sobre las disciplinas métricas. RCICS. 2004 [citado 25 Feb 2013];12(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352004000500007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000500007&lng=es)
130. Laerte Packer A, Rocha Biojone M, Antonio I, Mayumi Takenaka R, Pedroso García A, Costa da Silva A, et al. SciELO: una metodología para la publicación electrónica. Rev Esp Salud Pública. 2001 [citado 25 Feb 2013];75(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272001000400004>
131. Ugolini D, Puntoni R, Perera FP, Schulte PA, Bonassi S. A bibliometric analysis of scientific production in cancer molecular epidemiology. Carcinogenesis. 2007;28(8):1774-9.
132. Castellanos PL. Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Revista Facultad Nacional Salud Pública. Universidad de Antioquia. 1988;11:40-55.
133. López Puig P4, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Segredo Pérez AM, Fernández Díaz I E, Torres Esperón M. Caracterización de las publicaciones científicas relacionadas con la integración de redes y servicios de salud. Rev Horizonte Sanitario. 2013 [citado 30 Nov 2013];12 (2):37-44. Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2013\\_mayo-agosto/REVISTA\\_HS\\_mayo-agosto2013.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2013_mayo-agosto/REVISTA_HS_mayo-agosto2013.pdf)

134. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Fernández Díaz IE. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 2 Nov 2012];25(4):86-97. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252009000400009&lng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252009000400009&lng=e)
- S
135. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2010.
136. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Resolución CD 49/16. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Acta del 49º consejo directivo, 61ª sesión del comité regional. 28 sep-2 oct 2009. Washington, D. C.: OPS; 2009.
137. Streiner DL, Norman GR. Health measurements scales. A practical guide to their development and use. New York: OU; 1989.
138. Bacallao J, Alerm A, Artilés L. Texto Básico de Metodología de la Investigación Educativa. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.
139. Nuño Solinís R. Un breve recorrido por la Atención Integrada. REV Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2009 [citado 14 Abr 2013];1(2). Disponible en : <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss2/5>
140. Artilés L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación para las ciencias de la Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

141. Márquez M, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Medicina General Medicina Familiar. Experiencia Internacional y Enfoque Cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
142. Escalona M. El sistema nacional de salud de Cuba. En: Escalona M. Temas de Administración de servicios y programas de salud pública. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. 1983. p. 217-33.
143. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública. 1998 [citado 26 Ene 2014]; 24(1):19-22. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es)
144. Martínez Fando B, Sánchez Dávila AM, Hernández López MJ. El análisis de situación de salud. Su importancia. Revista Infociencia. 2009 [citado 19 Abr 2013];13(2). Disponible en: <http://infociencia.idict.cu/index.php/infociencia/article/view/193>
145. Sansó Soberats FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2003 Sep [citado 26 Ene 2014]; 29(3):260-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es)
146. Lage Dávila A, Molina García JR, Bascó Fuentes EL, Morón Rodríguez F y O'Farrill Mons E. La investigación en salud como elemento integrador entre la universidad y los servicios de salud. Educ Med Super. 1995 [citado 21 Oct 2012];9(1-2). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol9\\_1\\_95/ems04195.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol9_1_95/ems04195.htm)

147. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud. Políticas, Estrategias y Programas. La Habana: MINSAP; 1998 [citado 21 Oct 2012]. Disponible en: [http://www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/estrategias.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html)
148. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo e indicadores 2011. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 21 Oct 2012]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/objetivos\\_trabajo2011/objetivos\\_minsap\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/objetivos_trabajo2011/objetivos_minsap_completo.pdf)
149. Rojas F. La atención Primaria de Salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública. 2005 [citado 21 Oct 2012];31(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es)
150. Ruiz JR. Consolidación del Sistema Nacional de Salud Pública. En: Guido L, Marimón N, González R, Jiménez L, Zequeira A, editores. La OPS reconoce los logros de la salud pública cubana. Revista Especial. MINSAP: OPS/OMS; 2009 [citado 21 Oct 2012]: 19-31. Disponible en: [http://www.paho.org/cub/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&qid=208&Itemid=226](http://www.paho.org/cub/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=208&Itemid=226)
151. Díaz J, Fernández JA. Del policlínico integral al médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integral. 1989;5(4):556-64.
152. Sánchez L, Amaro MC. La salud Pública en Cuba. En: Álvarez R, Hernández G, Baster J, García R, editores. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 1-8.
153. Delgado García G. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana. Rev Cubana Salud Pública. 1996 [citado 19 Oct 2012];22(1):21-2. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661996000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100011&lng=es)

154. Suárez Jiménez J. El sistema de salud en Cuba: Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pública. 1997 [citado 19 Oct 2012];23(1-2):5-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es)
155. Castell Florit-Serrate P. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba [ensayo]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003 [citado 19 Oct 2012]. Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2003\\_sep\\_dic/hsv2n3\\_intersectorialidad\\_castell.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2003_sep_dic/hsv2n3_intersectorialidad_castell.pdf)
156. Castell Florit-Serrate P, Gispert Abreu E. El Sistema Nacional de Salud cubano y su orientación hacia el perfeccionamiento continuo. 2010 [citado 22 Oct 2012]. Disponible en: <http://fnsp.udea.edu.co/fnsp/congresosp7/PCastellFlorit.pdf>
157. Castell Florit-Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública 2008 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2008 [citado 22 Oct 2012]. Disponible en: [http://tesis.repo.sld.cu/78/1/tesis\\_doctoral\\_pastor\\_castell.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/78/1/tesis_doctoral_pastor_castell.pdf)
158. Segredo Pérez AM. Caracterización del Sistema de Dirección en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 18 Oct 2012];35(4):78-109. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es)

159. Jardines Méndez JB, Aneiros Riba A, Salas Perea R. Cuba: Recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo. Rev Educ Med Salud. 1993;27(2):25-33.
160. Vidal Ledo M, Fuentes Gil Z. Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud. Educ Med Super. 2009 [citado 6 Ene 2014];23(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412009000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000100004&lng=es)
161. Caballero González JE. Análisis del perfil del egresado de la carrera de Medicina en la Universidad Médica Cubana. Educ Med Super. 2000 [citado 19 Oct 2012];14(1):10-6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412000000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000100002&lng=es)
162. Borroto Cruz R, Salas Perea RS. El reto por la calidad y la pertinencia: la evaluación desde una visión cubana. Educ Med Super. 1999 [citado 19 Oct 2012]; 13(1):70-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21411999000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411999000100011&lng=es)
163. Pernas Gómez M, Arencibia Flores L, Ortiz García M. El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: Experiencias de su aplicación. Educ Med Super. 2001 [citado 19 Oct 2012];15(1):9-21. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412001000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412001000100002&lng=es)
164. Rodríguez Gil IM, García Cormenzana AJ. La formación de valores en Ciencias Médicas a través de la clase práctica de Inglés. Rev Ciencias Médicas La Habana.

2007 [citado 19 Oct 2012];13(1). Disponible en:  
[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13\\_1\\_07/hab10107.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_1_07/hab10107.htm)

165. Ponce Sánchez Y, Pardo Fernández A, Arocha Mariño C, Rojas Fernández JC. Metodología de planificación estratégica para instituciones de salud a partir de valores compartidos. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 19 Oct 2012];35(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es)

166. Quemes Junco F, Echevarria Monzote L. La profesionalidad pedagógica y la formación de valores en la enseñanza de las ciencias médicas. Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende. [citado 19 Oct 2012]; Disponible en:  
<http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/CIComunidad%20y%20Salud/47.pdf>

167. Jardines Méndez J B. Tele-educación y tele-salud en Cuba: mucho más que desarrollo tecnológico. RCICS. 2005 [citado 19 Oct 2012];13(4):1. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352005000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000400007&lng=es)

168. Delgado Ramos A, Vidal Ledo M. Informática en la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 19 Oct 2012];32(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300015&lng=es)

169. Vidal Ledo M, Fernández Oliva B, Alfonso Sánchez IR, Armenteros Vera I. Información, informática y estadísticas de salud: un perfil de la tecnología de la salud. RCICS. 2004 [citado 19 Oct 2012];12(4):1. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300015&lng=es)

170. Ramírez Márquez A, López Pardo C M. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2005 [citado 19 Oct 2012]; 31(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es)
171. García Fariñas A, Álvarez Pérez AG. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 19 Oct 2012];32(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000200010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200010&lng=es&nrm=iso)
172. Gómez-Camelo D. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. Rev Salud Pública. 2005 [citado 19 Oct 2012];7(3):305-16. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642005000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000300006&lng=en)
173. Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. Gac Sanit. 2010 [citado 19 Oct 2012];24(3): 254-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112010000300015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000300015&lng=es)
174. Franco M, Kennelly JF, Cooper RS, Ordúñez-García P. La salud en Cuba y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Opinión y análisis. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007 [citado 21 Oct 2012];21(4). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/07.pdf>
175. Gálvez González AM. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [citado 19 Oct 2012];29(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es)

176. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 19 Oct 2012];33(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&nrm=iso)
177. Baly Gil A, Toledo ME, Rodríguez Jústiz F. La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [citado 19 Oct 2012]; 17(4):395-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400014&lng=es)
178. Gálvez González AM. Guía metodológica para la evaluación económica en salud: Cuba, 2003. Rev Cubana Salud Pública. 2004 [citado 19 Oct 2012];30(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100005&lng=es)
179. López Puig P, Segredo Pérez AM, Díaz Bernal Z, Pérez Piñeiro J, Santana Felipe A, Alonso Carbonell L. Integración de la red de salud del nivel primario de atención Municipio Boyeros. Rev Correo Científico Médico. 2012 [citado 19 Oct 2013]; 16(4). Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/viewFile/476/223>
180. López Puig P, Torres Esperón M, Segredo Pérez AM, Alonso Carbonell L, Martínez Trujillo N. Criterios e indicadores para la caracterización de la integración en el sistema nacional de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citado 19 Oct 2013];37(4): 394-415. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400005&lng=es)

181. Arocha Mariño C, Castillo Guzmán A. Experiencia cubana en la organización de los servicios de salud, una alternativa ante la privatización Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 12 Feb 2012];33(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100016&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100016&lng=es&nrm=iso)
182. Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. Gac Méd Méx. 1991;127( 1): 3-5.
183. Vargas LA, Casillas LE. El efecto del padecer sobre el individuo persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto-objeto. Primer Coloquio Nacional de Antropología y Psicología. México, D. F.: Dirección Nacional de Etnología y Antropología Social ; 1999.
184. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones Necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010 [citado 2 Nov 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf>
185. Ministerio de Salud Pública. Indicadores para medir las Transformaciones del Sistema Nacional de Salud. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 1 Nov 2012]. Disponible en: [http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=el+proceso+de+transformaciones+para+el+sistema+de+salud+cubano&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CCsQFjAC&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Ffisss%2Ffiles%2F2011%2F09%2Findicadores-trasformaciones-minsap.doc%3Fiwp\\_post%3D2011%252F09%252F16%252FIndicadores%2520transformaciones%2520SNS%252F3165%26iwp\\_ids%3D3\\_165&ei=ddeTUKrwAqu30AGZ2oClBw&usq=AFOjCNGVpMLHVnDtKdbZfPlcgPihJ2IRUA](http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=el+proceso+de+transformaciones+para+el+sistema+de+salud+cubano&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CCsQFjAC&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Ffisss%2Ffiles%2F2011%2F09%2Findicadores-trasformaciones-minsap.doc%3Fiwp_post%3D2011%252F09%252F16%252FIndicadores%2520transformaciones%2520SNS%252F3165%26iwp_ids%3D3_165&ei=ddeTUKrwAqu30AGZ2oClBw&usq=AFOjCNGVpMLHVnDtKdbZfPlcgPihJ2IRUA)

186. Ponce I. Definición de Redes sociales. Observatorio Tecnológico. 2012. [citado 2 de Nov 2012]. Disponible en: <http://recursostic.educacion.es/observatorio/web/es/internet/web-20/1043-redes-sociales?start=1>
187. Cabarcas Ortega N. Gestión del talento humano. 2006 [citado 2 de Nov 2012]. Disponible en: [http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20ADMINISTRATIVAS%20Y%20ECONOMICAS/CARRERA%20DE%20ADMINISTRACION%20DE%20EMPRESAS/03/Gestion%20y%20talento%20humano/GESTION\\_DEL\\_TALENTO\\_HUMANO.pdf](http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20ADMINISTRATIVAS%20Y%20ECONOMICAS/CARRERA%20DE%20ADMINISTRACION%20DE%20EMPRESAS/03/Gestion%20y%20talento%20humano/GESTION_DEL_TALENTO_HUMANO.pdf)
188. Chiavenato I. Gestión de Talento Humano. México, D. C.: Mc. Graw Hill; 2005 [citado 11 Abr 2013]. Disponible en: <http://valerojulio.files.wordpress.com/2012/09/libro-gestion-del-talento-humano-chiavenato.pdf>
189. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Calidad Asistencial. 2000;15:36-42.
190. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. BMJ Qual Saf. 2012;21:39-46.
191. Gilbert FW, Lumpkin JR, Dant RP. Adaptation and customer expectation of health care options. J Health Care Marketing. 1992;12:46-55.
192. Murillo C, Saurina C. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. Gac Sanit. 2013 [citado 2 Nov 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.015>