

# VALIDACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO PARA EVALUAR NIVEL DE INTEGRACIÓN EN UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD.

## VALIDATION OF A METHODOLOGICAL PROCEDURE TO EVALUATE THE LEVEL OF INTEGRATION IN A NETWORK OF HEALTH SERVICES.

Pedro López Puig\*, Liuba Alonso Carbonell\*\*, Ana Julia García Milián\*\*\*

### RESUMEN.

**Introducción:** Las dificultades para medir la integración en una red de servicios, generan un peculiar desafío de construcción metodológica y validación, dada la necesaria integralidad del procedimiento que se proponga para este fin en cuanto al objeto de estudio, su sensibilidad y confiabilidad para detectar variaciones del nivel de integración.

**Objetivo:** Construir y validar un procedimiento para caracterizar el nivel de integración alcanzado en redes de servicios de salud en Cuba.

**Material y Método:** Investigación de desarrollo en el área de sistemas y servicios de salud. Abarcó el período comprendido de octubre de 2008 a enero de 2013, se articuló en dos fases. La primera trabajó a partir de la selección de cinco grupos de expertos utilizados para la construcción y validación del marco operacional. La segunda realizó validaciones en cuanto a la sensibilidad, confiabilidad y factibilidad para la utilización del procedimiento para caracterizar el nivel de integración alcanzado en una red de servicio por grupo experto y en pruebas de campo en redes de nivel primario de diez municipios del país.

**Resultados:** El proceso de construcción aportó una definición de integración, 14 atributos de la integración y sus metas de trabajo, 82 criterios para calificar el nivel de integración de acuerdo a las



metas establecidas y un procedimiento e instrumento para este efecto. El proceso de validación aportó resultados alentadores en cuanto a la sensibilidad, confiabilidad, aplicabilidad y factibilidad para la aplicación del procedimiento propuesto.

**Conclusiones:** Se presenta un procedimiento metodológico con un proceso de validación que permite atribuirle capacidades para medir el nivel de integración de una red de servicios de salud en el contexto del sistema sanitario cubano.

**Palabras clave:** redes de servicio y sistemas integradas, atención primaria de salud, redes fragmentadas.

### ABSTRACT

**Introduction:** The difficulties to measure integration in a network of services, generate a peculiar challenge of methodological construction and validation, given the required integrity of the procedure proposed for this purpose in terms of the object of study, sensitivity and reliability to detect changes in the

\*Especialista de II grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor e investigador auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. República de Cuba.

\*\*Especialista de I grado de Medicina General Integral y II grado en Farmacología. Máster en Promoción y Educación para la Salud. Profesora e investigadora auxiliar. CENEC. República de Cuba.

\*\*\*Especialista de II grado en Farmacología. Máster en Economía de la Salud. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesora e investigadora titular. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). República de Cuba.

**Correspondencia:** Ana Julia García Milián. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 entre E y Perla, Altahabana, Boyeros, La Habana. República de Cuba. C.P. 10800. Teléfono: (537) 643 1426. Correo electrónico: [purmed@infomed.sld.cu](mailto:purmed@infomed.sld.cu)

level of integration.

**Objective:** To construct and validate a method to characterize the level of integration achieved in networks of health service in Cuba.

**Material and method:** Research for development in the area of health systems and services. It covered the period from October 2008 to January 2013, it was articulated in two phases. The first phase worked from the selection of five expert groups used for the construction and validation of the operational framework. The second phase performed validations in terms of sensitivity, reliability and feasibility studies for the use of the procedure to characterize the level of integration in a network of service by expert group and field tests on networks of primary level of ten municipalities in the country.

**Results:** The process of construction provided a definition of integration, 14 attributes of integration and work goals, 82 criteria to qualify the level of integration according to the established goals and a procedure and instrument for this purpose. The validation process provided encouraging results in terms of sensitivity, reliability, applicability and feasibility studies for the application of the proposed procedure.

**Conclusions:** We present a methodological procedure with a validation process that allows attribute capabilities to measure the level of integration of a network of health services in the context of the Cuban health system.

**Keywords:** service networks and integrated systems, primary health care, fragmented networks.

### INTRODUCCIÓN.

Las dificultades con la integración, también llamada fragmentación, pueden generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un

incremento innecesario de los costos, y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.<sup>(1,2)</sup>

En el área conceptual, un sistema integrado de redes de servicios de salud se puede definir 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 por su parte 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>

En el caso cubano, existe un sistema único de prestación de servicios de salud que pretende integrar 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 asume las funciones inherentes a los sistemas sanitarios.<sup>(6,7)</sup> Su singularidad genera, por consiguiente, un espacio de monitoreo e intervenciones peculiar.

La estrategia de Atención Primaria de Salud en Cuba (APS),<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.

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

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.

Las dificultades para medir la integración en una red de servicios, generan un peculiar desafío de construcción metodológica y validación, dada la necesaria integralidad del procedimiento que se proponga para este fin en cuanto al objeto de estudio, su sensibilidad y confiabilidad, para detectar las consecuencias de las variaciones del nivel de integración.

Sobre la base de estos aspectos, el problema de investigación quedó definido por la falta de un procedimiento validado que permita caracterizar la integración alcanzada en el primer nivel de atención del sistema sanitario cubano. Máxime si se tiene en cuenta la importancia y necesidad de contar con instrumentos validados para ofrecerlos a la comunidad científica y recomendar su uso.

La validación de contenido se refiere al grado en que la prueba que se está usando, representa y es capaz de expresar la característica que se investiga; con esta se determina si el instrumento incluye todos los aspectos del concepto estudiado. Esta alternativa de validez concierne al grado de rigor con que el instrumento contempla el entorno teórico en el que se inscribe la categoría sintetizada.<sup>(9)</sup>

El presente artículo muestra el proceso de construcción y validación de un procedimiento para caracterizar el nivel de integración alcanzado en redes de servicio de salud en Cuba.

### MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio de investigación de desarrollo en el área de sistemas y servicios de salud. En la primera fase, se trabajó a partir de la selección de cinco grupos de expertos (GE) que fueron utilizados para la construcción y validación del marco operacional. Este incluyó la generación de una definición de integración, la selección y adopción de dimensiones para su estudio, el

establecimiento de los atributos para una red integrada de servicios de salud en el contexto cubano, la identificación de sus metas de integración y a continuación la definición de un grupo de criterios de integración para las metas propuestas.

Una vez obtenido el marco operacional, se diseñó el procedimiento para la caracterización del nivel de integración, que incorpora el cálculo del Índice de Integración para cada meta y para la red de servicios de salud de un territorio.

La base instrumental para la obtención de información con el propósito de caracterizar el nivel de integración recurrió a la percepción de directivos y prestadores de una red de servicios del primer nivel de atención, a partir de un instrumento (cuestionario) que incorporó una escala ordinal de tres categorías: integración, integración parcial y fragmentación. Para la caracterización del nivel de integración desde la perspectiva del usuario, se utilizó un instrumento previamente diseñado en la Escuela Nacional de Salud Pública, que se aplicó a través de entrevista.

En la fase I la técnica básica utilizada fue la conformación de grupos de expertos (GE) seleccionados por criterios, según las necesidades de cada momento de la investigación.<sup>(10, 11, 12, 13)</sup>

Una vez definido el constructo Redes Integradas de Servicios de Salud para la realidad cubana se hizo la primera consulta a expertos, se hizo necesario agrupar la variabilidad inherente a una representación de la realidad, con el objetivo de sistematizar la información que de ella puede obtenerse y posteriormente caracterizarla.

Se decidió agrupar esta variabilidad dentro de dimensiones, atributos y criterios, a falta de variables e indicadores pre-existentes, 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 tres procedimientos:

-Revisión bibliográfica en el tema

-sistemas y servicios de salud- y metodologías para su sistematización y abordaje.

-Adopción de dimensiones, se utilizó el enfoque de Londoño y Frenk<sup>(6)</sup> para el análisis de las funciones de los sistemas de salud. La organización en funciones de los sistemas sanitarios que aportaba la literatura revisada se cruzó, para analizar un posible paralelismo de significados y alcance, con las áreas que agrupan los atributos para la red integrada de servicios de salud que propone la OPS, enfocados en la integración de redes de servicios.

-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. 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.

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 de 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 expertos.

Se realizó una consulta final a los expertos sobre los constructos elaborados para su ajuste teórico final. Los procedimientos efectuados para la validación de los atributos, sus metas y los criterios de la integración que éstas recogen fueron los siguientes:

Para un primer ejercicio de validación de contenido de los atributos de la Red Integrada de Servicios de Salud cubana, se aplicó un instrumento elaborado *ad hoc*, que utiliza los criterios de Moriyama.<sup>(14)</sup>

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. 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.

Una vez realizadas las correcciones, se realizó un estudio descriptivo, 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 en los diferentes niveles del sistema de salud.<sup>(15)</sup>

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

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

Con posterioridad se realizó un ejercicio final de validación de las metas y criterios de la integración definidos para la realidad cubana, 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.

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.

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 criterio. Se consideraron *no pertinentes*, aquellos criterios con calificación 3 o 4.

Quedaron al final por consenso, como criterios pertinentes, aquellos con calificación final de 5 a 6 puntos de cada criterio, asignados por 50% + 1 de los expertos que participaron en el taller. Se realizó adicionalmente un análisis

por algún experto, de los criterios que obtuvieron la calificación de 5 puntos 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 la validez de contenido de las dimensiones, atributos, metas y criterios propuestos independientemente de su presencia en la literatura revisada.<sup>(18,16,17)</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.

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 diferentes pautas.

Se hizo necesario construir una definición para cada una de las dimensiones de integración identificadas para el contexto cubano, basado en la revisión de la bibliografía realizada y haciendo adecuaciones de sentido que se consideraron pertinentes. Para la selección de ítems en el instrumento y definir la escala, se siguieron las recomendaciones del texto *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*.<sup>(17)</sup>

El instrumento resultante clasifica como subjetivo y multidimensional y para su construcción se siguieron los siguientes pasos: definición y caracterización del objeto de estudio; selección de los criterios a utilizar; definición de la escala de medición de los criterios; definición de la forma evaluativa del instrumento y 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 según criterio de expertos. Se realizaron consultas al grupo de expertos, 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.

La fase II consistió en la ejecución de pruebas de campo y devolución de los resultados obtenidos al aplicar el procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración en una red de servicios de nivel primario de atención. Se condujeron tres pruebas de campo y se generaron espacios de intercambio de información en cada una de ellas.

La primera incluyó un grupo considerado experto bajo criterios de selección (GE-5) al que se aplicó el procedimiento metodológico para valorar su funcionalidad. 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.

La segunda prueba de campo replicó el procedimiento metodológico a una muestra constituida por 16 directivos y 11 prestadores que laboran en la red de

servicios de nivel primario de atención en el municipio Boyeros. En esta prueba se calculó el coeficiente alfa de Cronbach a los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento.<sup>(17)</sup>

La tercera caracterizó la integración del primer nivel de atención según percepción de directivos y prestadores en redes del primer nivel de atención en nueve municipios del país. Una vez finalizado el análisis de resultados de cada prueba de campo se discutieron los resultados a los directivos y prestadores de las redes exploradas y se publicaron los resultados obtenidos en las pruebas de campo uno y dos.<sup>(10,18)</sup> El muestreo concebido en esta etapa quedó consignado en el procedimiento y califica como de unidades homogéneas.<sup>(19)</sup>

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.

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

Se aplicó finalmente tanto la propuesta metodológica como el instrumento resultante de las modificaciones llevadas a cabo después de las pruebas de campo uno y dos.

Los datos obtenidos a través de la aplicación de instrumentos (cuestionario y encuestas) fueron incorporados 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 para su mejor comprensión.

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 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 resultados tanto parciales como finales.

## RESULTADOS.

Los resultados del proceso de validación de la propuesta de procedimiento metodológico para evaluar nivel de integración en una red de servicios de salud en Cuba se presentan según las fases y momentos de las mismas realizadas.

### Primera fase.

#### *Construcción de dimensiones, metas y atributos.*

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 que pretende sistematizar. Los atributos, a través del desarrollo del proceso investigativo, validaciones sucesivas y dados los aportes de la literatura y la consulta a expertos, quedaron finalmente en 14 construcciones complejas. Se definieron 82 criterios de la integración articulados a través de 14 metas y agrupados en tres dimensiones (Modelo de Atención Médica Integral, Dirección y Organización y Presupuesto y Estímulo) que se presentan como parte de los resultados en el capítulo correspondiente. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Criterios para la evaluación del nivel de integración de la red de servicios de salud.

<b>Meta 1: Definido a partir del Análisis de la Situación Integral de la Red de Servicios de Salud, la población y características del territorio a cargo de cada servicio.</b>
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 grupo poblacional.
Se realiza la 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>
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.
Se garantiza la resolutiveidad, 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.
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.
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.
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.
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>
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.
Se facilita la participación social y la acción intersectorial, a través de los espacios de intercambio establecidos. Se promueve el desarrollo de nuevos espacios.

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.
Se busca integrar los cuidados a las personas, de salud pública y los programas focalizados en ciertas enfermedades y/o riesgos específicos a la salud, a través de adecuadas guías de práctica clínica y protocolos de asistencia y remisión de casos.
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.
Se garantizan los recursos humanos y materiales destinados a mantener la resolutiveidad 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>
Se redimensionan las capacidades de ingreso hospitalarias (reducción de número de camas, proyección comunitaria de especialidades).
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.
Se desarrollan mecanismos de coordinación asistencial entre niveles evidenciables por normas y procedimientos claramente establecidos.
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>
Se desarrolla estrategia de capacitación del RRHH de acuerdo a las nuevas condiciones previstas.
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.
Se logra garantizar un cuidado personalizado (desarrollo de empatía, respeto y confianza) en el acto médico.
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>
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.
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.
Se vela porque 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.
Se promueve el desarrollo de iniciativas comunitarias que impacten los servicios y los procedimientos de prestación.
Bien definida y para todos los niveles de complejidad, la misión y la visión del sistema y de cada unidad operativa en particular.
Delimitados los espacios de intercambio de información e integración de estrategias de trabajo entre directivos de distintos niveles de atención.
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>
Establecidos los Reglamentos Internos y Manuales de procedimientos para cada nivel de dirección, prestación y gestión.
Definidos y accesibles el compendio de leyes, decretos-ley, regulaciones, circulares e indicaciones, aprobados por el sistema, para los diferentes tipos de unidades.
Definido y actualizado el sistema de control interno en todas las unidades.
Se cumple la política de cuadros del país.
Bien estructurada la función de monitoreo y evaluación de la red, con el objetivo de garantizar un nivel de desempeño adecuado.
Definidas y accesibles las normas y procedimientos establecidos, tanto para las funciones administrativas como las clínicas.
Asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios en toda la red.
Establecidos los mecanismos de retroalimentación, en las diferentes áreas, de ineficiencias identificadas en las supervisiones.



Desarrollo en las funciones de las partes, a partir de la doble subordinación de los niveles de dirección.
La red de servicios estimula la participación social en salud, a través de la integración de distintos mecanismos (donaciones de sangre, vacunaciones, campaña antivectorial, saneamiento general, otras).
Los procesos de atención (recogidos en programas, normas, procedimientos, guías relacionadas con la atención materno infantil) estimulan la capacidad de auto cuidado de la población.
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>
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.
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 IRC, urgencia y emergencia, IMA, AVE, Neoplasias, Otros.
<b>Meta 9: Desarrollada una acción intersectorial amplia.</b>
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.
Se implantan métodos y mecanismos para determinar los niveles de integración que exhibe el sistema.
Se implementa un plan de capacitación para el desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.
La intersectorialidad es el principal mecanismo para la solución de problemas de salud derivados de problemas sociales, ambientales y/o laborales.
<b>Meta 10: Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.</b>
Planificación del recurso humano necesario al diseño de la Red y su proyección futura.
Se logra una estrategia formativa basada en la formación permanente.
Desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos.
La información clínica del paciente es accesible en todos los niveles de complejidad de la atención.
El sistema de información es consistente con la misión y objetivos del Sistema Nacional de Salud.
Garantizada la disponibilidad del RRHH para los servicios diseñados en todos los niveles de complejidad tanto de prestación como de dirección y gestión.
Garantizada la disponibilidad de RRHH con competencias creadas para el trabajo a realizar.
RRHH con un sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios.
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>
La información producida por la red está orientada a integrar y retribuir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de salud de la población.</li> <li>• Demanda en la utilización de los servicios.</li> <li>• Información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre.</li> <li>• Información clínica.</li> <li>• Información sobre la satisfacción de usuarios.</li> <li>• Información económica.</li> </ul>
Propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente.
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.
Se realizan con la periodicidad establecida los consejos económicos y la información que se produce se distribuye a todo el personal de la red.
<b>Meta 12: Las Redes Integradas de Servicios de Salud, cuentan con un sistema de gestión basada en resultados.</b>
Se desarrollan espacios de análisis de resultados (reunión del GBT, Comité Farmacoterapéutico) a través de todas las unidades de la red de servicios.

Establecidos los indicadores de resultado para el análisis de cada uno de los procesos que se ejecutan.
Los resultados alcanzados se toman en cuenta para proponer mejoras en los procesos que se ejecutan.
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>
Desarrollo de un sistema de Planificación y Desarrollo de la gestión por procesos.
Se logra integrar la gestión de soporte logístico (medicamentos, materiales gastables, mobiliario, equipos) a las necesidades de los servicios.
Cada unidad es capaz de gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico (medicamentos, materiales, equipos..).
Los mecanismos de pago garantizan una gestión oportuna para las necesidades de las unidades.
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>
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.
Se rinde cuenta a todos miembros de la red de la asignación y ejecución presupuestada. Una vez al año como mínimo. (Transparencia económica).
Se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible.
Se dispone de una metodología y/o procedimiento para realizar análisis de resultados en cada unidad de la red.
Existe una planificación de visitas de evaluación a nivel nacional.
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.

La evaluación de los atributos por los expertos, mediante la aplicación de los criterios de Moriyama se muestra en la Tabla 1. Hubo 3 criterios en función de los cuales, no se encontraron dificultades en ningún atributo. Sin embargo, como se puede apreciar menos de 75% de los expertos consideraron “comprensible”

los atributos 4, 7 y 10, lo que sugiere dificultad en la interpretación de los que se pretende evaluar a través de él.

Otros 3 atributos (4, 6 y 8) no fueron, según la opinión de más de 25% de los expertos, considerados como adecuados ya que no contaban con “componentes claramente definidos”. Dado que se

consideró que toda vez que menos de 75% de los expertos evaluara como no adecuados, en función de los criterios de Moriyama, algún atributo este debería ser modificado; se realizaron cambios en el diseño de los atributos antes mencionados.

Tabla 1: Distribución de la evaluación de los criterios de Moriyama en la categoría “mucho”. Maestría de APS 2008.

Atributo	Criterios a evaluar				
	Comprensible	Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide	Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables	Con componentes claramente definidos	Derivable de datos factibles de obtener
1	77.3	95.5	81.8	86.4	100.0
2	90.9	90.9	86.4	86.4	81.8
3	95.5	77.3	81.8	81.8	81.8
4	68.2	95.5	81.8	72.7	100.0
5	81.8	81.8	81.8	77.3	86.4
6	95.5	81.8	86.4	72.7	81.8
7	72.7	86.4	100.0	90.9	77.3
8	77.3	81.8	86.4	72.7	77.3
9	95.5	77.3	81.8	81.8	81.8
10	68.2	81.8	81.8	86.4	81.8
11	81.8	100.0	90.9	81.8	81.8
12	90.9	81.8	86.4	81.8	81.8



### ***Validación de las metas y criterios de la integración definidos para la realidad cubana.***

Se proponen inicialmente cuatro dimensiones, en las que fueron agrupados 13 metas y sus resultados esperados para la integración de redes de servicios. Las dimensiones utilizadas fueron: prestación de servicios de salud, gestión de servicios de salud, gobernanza y estrategia y financiamiento.

Basado en las recomendaciones del grupo de expertos, 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 quedando: seis en la dimensión de

prestación, cuatro metas en la dimensión dirección y estrategia, tres en la dimensión organización y administración y una en la dimensión presupuesto y estímulo. Se recopilaban para este ejercicio de validación un total de 77 criterios.

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. (Cuadro 2)

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

Cuadro 2. Operacionalización de categorías según pertinencia.

Categoría	Sigla	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

### ***Procedimiento metodológico e instrumental.***

Como primer paso se operacionalizaron las variables que serían utilizadas en el diseño del procedimiento y construcción de instrumentos. (Cuadro 3)

La construcción del procedimiento metodológico contó con cinco pautas que se describen a continuación:

a) Sería necesario que el procedimiento incorporara un instrumento para dar salida al propósito de caracterizar el nivel de integración. Este instrumento sería 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.

c) 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.

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

e) Sería necesario un paso dentro del procedimiento para socializar elementos teóricos, 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.

Cuadro 3. Variables utilizadas para la construcción de la propuesta metodológica.

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Área de Salud	Cualitativa Nominal	Nacional Provincial Municipal	Se consideró cualquier espacio territorial que contenga una red de servicios de salud a partir del área geográfica de atención de un policlínico.
Función que realiza en la red de servicios	Cualitativa Nominal	Directivo Prestador Usuario	Según función que realice en el momento de aplicar el instrumento.
Dimensiones de la integración	Cualitativa nominal	Modelo de atención médica integral. Dirección Organización Presupuesto y estímulo	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.
Integración de la red de servicios	Cualitativa Ordinal	Red Fragmentada Red Parcialmente Integrada Red Integrada	Según el nivel de integración que se percibe en una red territorial de servicios de salud del primer nivel de atención.
Nivel de integración	Cuantitativa continua	Red fragmentada. Integración parcial de la Red. Red Integrada	Expresa el momento de integración de una red al calcular el índice de integración según el criterio de
			directivos y prestadores. menos de 0,5 Red fragmentada. e/ 0,51 y 0,8 Integración parcial de la Red. Más de 0,8 Red Integrada

A las dimensiones adoptadas, le fueron asignados finalmente 14 metas a tomar en cuenta para la integración. Las metas fueron asociadas a palabras clave para facilitar su presentación en tablas de resultados. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Resultados esperados y forma de verificación en la aplicación del procedimiento metodológico e instrumental.

RESULTADO ESPERADO	FOMA DE VERIFICACIÓN
a) 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.	Se conformarán tablas de salida a los datos obtenidos en las redes territoriales exploradas que permitan observar la variabilidad en los resultados obtenidos en cada una de ellas.
b) 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.	Se conformarán tablas de salida a 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 directivo o prestador en la red.
c) Los elementos estructurales para la aplicación del procedimiento (locaciones, medios, participantes) deben ser factibles de ser utilizados durante las pruebas de campo.	Se tendrán observadores externos de la dirección nacional de Atención Primaria de Salud como evaluador del procedimiento. Se solicitarán criterios del equipo de investigación externo al objetivo de medición del nivel de integración.
d) Se debe apreciar comprensión de los elementos comprendidos en el cuestionario por parte de los participantes del equipo.	Se tendrán observadores externos de la dirección nacional de Atención Primaria de Salud como evaluadores del procedimiento sin conflictos de interés. Se solicitarán criterios del equipo de investigación externo al objetivo de medición del nivel de integración.
e) 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.	Se tendrán observadores externos de la dirección nacional de Atención Primaria de Salud como evaluadores del procedimiento sin conflictos de interés. Se solicitarán criterios del equipo de investigación externo al objetivo de medición del nivel de integración.

#### Segunda fase.

##### **Resultados del procedimiento metodológico para valorar su funcionalidad.**

El índice de integración por atributo se resume en la siguiente tabla, además se muestra el comportamiento de este índice según función.

Obsérvese que el comportamiento

entre directivos y prestadores difiere, siendo más evidente esta diferencia en el atributo 7, 10 y 14. Para los prestadores existe fragmentación de la red en relación a los atributos 10 y 14 y solo en relación al atributo 13 la red puede considerarse integrada. Por el contrario, para los directivos no

hay ningún atributo en esta condición, percibiéndose integración en todos.

Cuando se analiza la percepción de integración de manera global se encontró que los encuestados perciben la red parcialmente integrada para todos los atributos excepto para el 5, 8 y 13 en relación a los cuales la perciben integrada.

Tabla 2. Índice de integración por atributos según función. Boyeros 2011.

Atributos	Índice de integración para prestadores	Índice de integración para directivos	Índice general de integración del atributo	IGI-Boyeros
1	0,6	0,85	0,75	0,75
2	0,62	0,89	0,78	
3	0,57	0,84	0,73	
4	0,53	0,8	0,69	
5	0,6	0,95	0,81	
6	0,65	0,88	0,79	
7	0,47	0,84	0,69	
8	0,82	0,84	0,83	
9	0,53	0,87	0,73	
10	0,3	0,87	0,64	
11	0,52	0,88	0,73	
12	0,42	0,92	0,72	
13	0,73	0,96	0,86	
14	0,47	0,94	0,75	

Fuente: cuestionario.

*Procedimiento metodológico a una muestra de directivos y prestadores del primer nivel de atención en el municipio Boyeros.*

La consistencia del procedimiento metodológico se obtuvo mediante la aplicación del mismo en el municipio

Boyeros. La tabla 3 muestra los resultados del coeficiente alfa de Cronbach tras la aplicación del instrumento.

Tabla 3. Coeficiente alfa de Cronbach global y al eliminar sucesivamente un ítem.

Dimensiones	Atributos	Alfa de Cronbach
Atención Médica Integral 0.946	1. ASS	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>

Base de datos Municipio Boyeros.



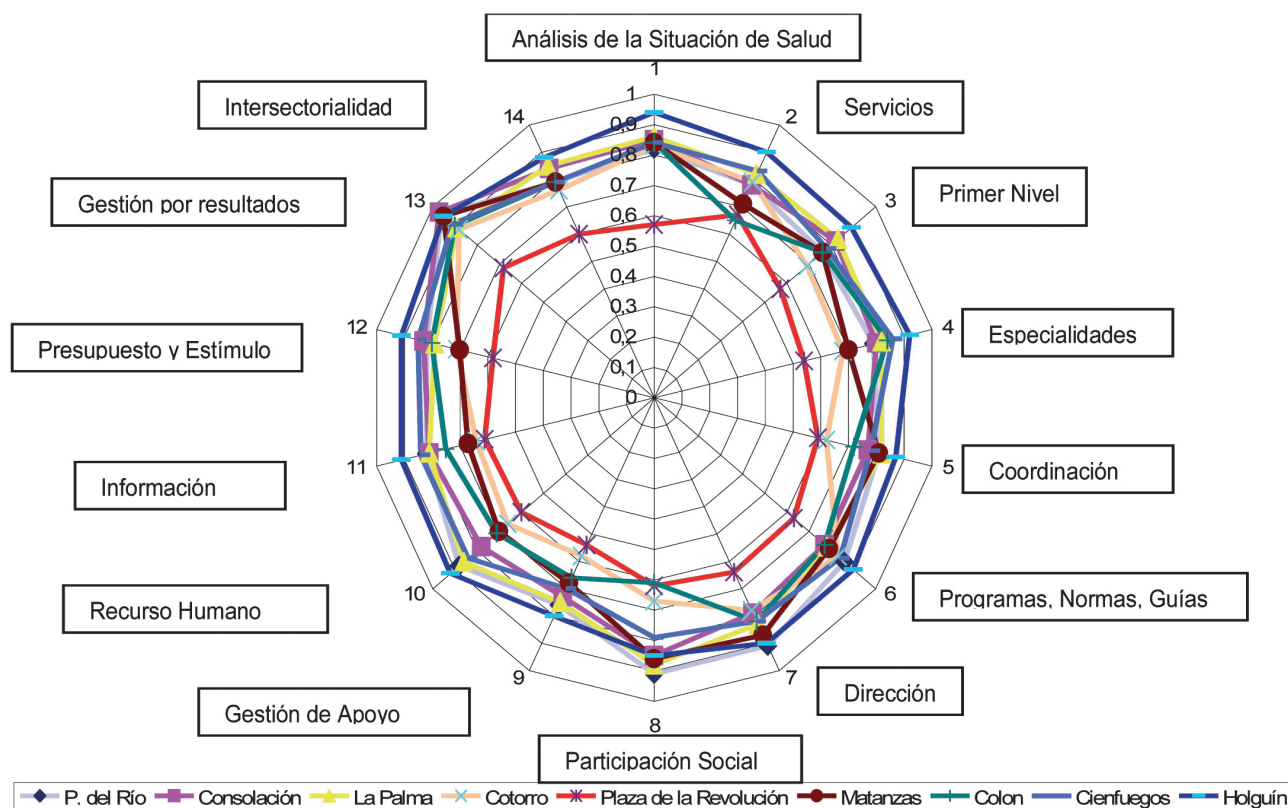
### Resultados del procedimiento metodológico en nueve municipios del país.

El índice de integración por metas en los municipios seleccionados aparece en el Gráfico 1. Este expresa la sensibilidad que se puede alcanzar con el procedimiento y resume los

resultados que oferta el procedimiento metodológico para la recogida y procesamiento de la información. Se puede observar la variabilidad del nivel de integración alcanzado en cuanto a los resultados obtenidos para cada una de las redes de servicio de salud exploradas. De esta forma, podemos

establecer diferencias en cuanto al índice de integración, tanto entre redes como para las 14 metas exploradas en cada red. Se pueden apreciar las metas integradas, que son aquellas en que el índice de integración está por encima de 0.8, tanto para cada red explorada como en general.

Gráfico 1. Índice de integración por metas. Municipios elegidos. 2012.



Un resultado de la aplicación del procedimiento metodológico, es que permite observar la integración que alcanza una red de servicios y establecer comparaciones con otras redes a partir del cálculo y análisis de Índice General de Integración. (IGI).

También se pueden apreciar las metas en cada red con menor integración, aquellas que, del total de redes exploradas tienen mayores diferencias en cuanto integración y las integradas parcialmente, tanto desde el punto de vista general como particularizando en una red específica.

Todo lo anterior denota la sensibilidad para establecer diferencias y patrones del procedimiento metodológico.

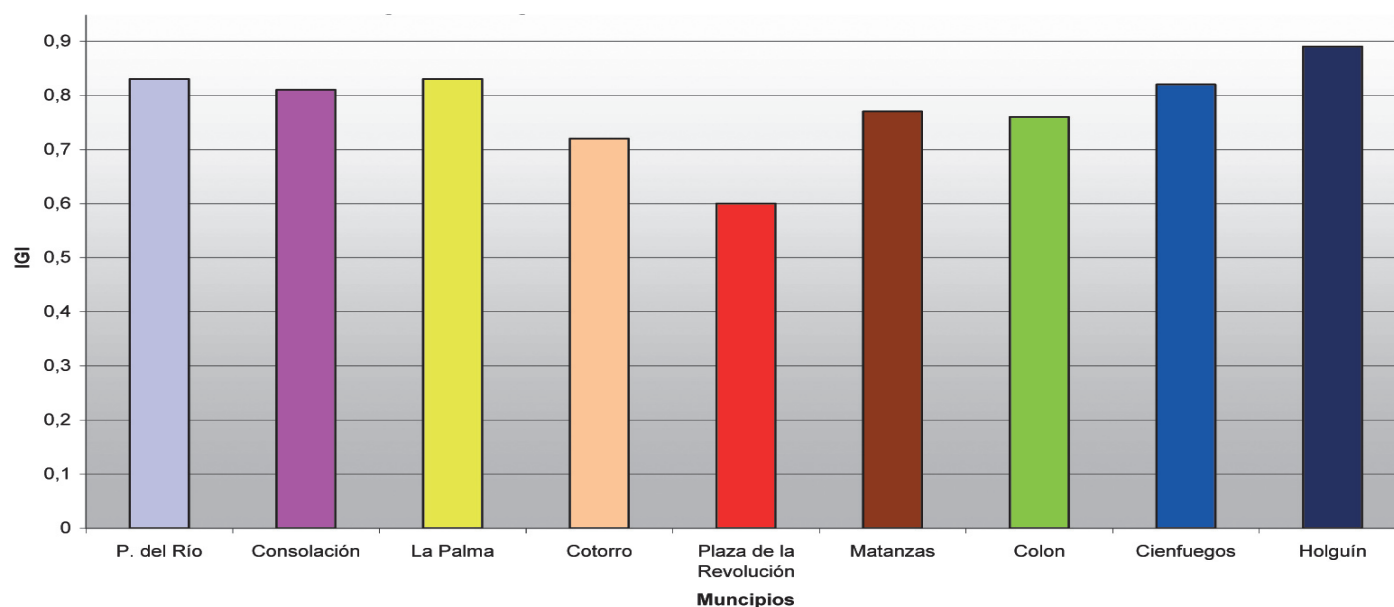
Ejemplificando: En el caso de la meta 1, relacionada con el Análisis de la Situación de Salud, se puede observar que se percibe integrada en ocho de las nueve redes exploradas, no obstante, en el municipio de Plaza de la Revolución esta meta aparece parcialmente integrada.

Las metas relacionadas con los recursos humanos para la red, la información (metas 10, 11, 12) expresan variabilidad

en cuanto a su situación de integración en las redes exploradas. En el caso de la Meta 13 (Gestión por resultado) aparece integrada para ocho de las redes exploradas. La proyección comunitaria de las especialidades (meta 4), se percibió parcialmente integrada en la mayor parte de las redes exploradas.

En términos generales la red de Holguín es la que exhibe mejor integración, mientras que la red de Plaza de la Revolución y Cotorro son las que se encuentran en las radiales inferiores del gráfico.

Gráfico 2. Índice de integración general. Municipios seleccionados. 2012.



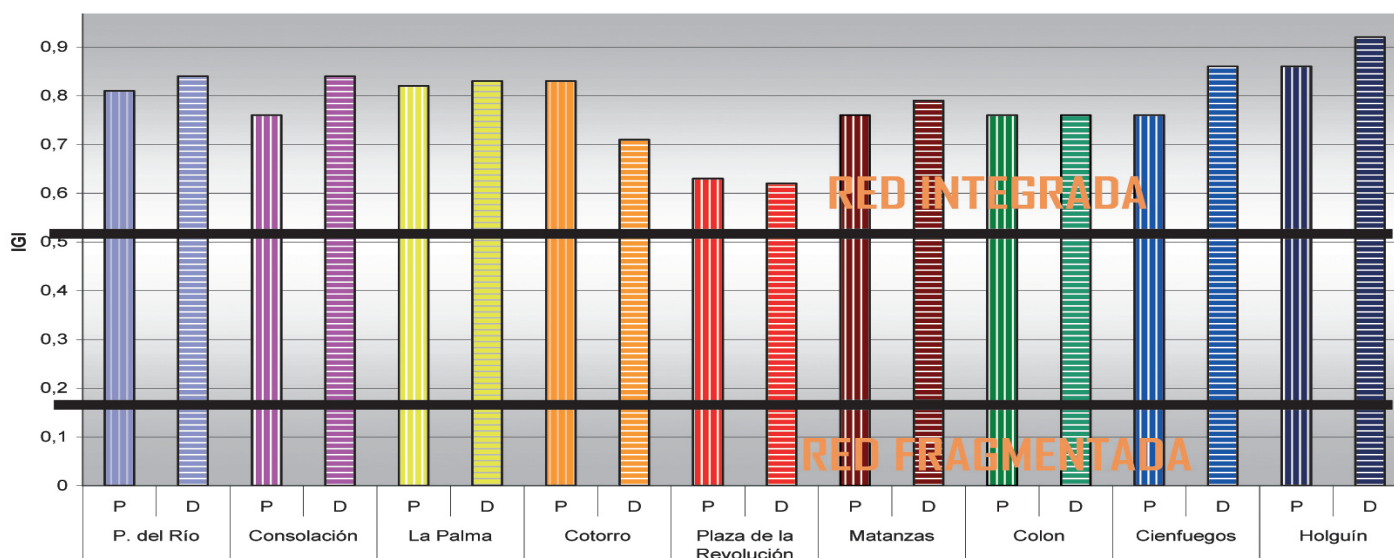
EL gráfico 2, resume la integración alcanzada en las nueve redes exploradas. El menor índice general de integración (IGI) lo alcanzó la red de servicios de salud del Municipio Plaza de la Revolución y el mayor la red municipal de servicios de salud del municipio Holguín. Se recogen cuatro redes con integración parcial en su red de servicios, Cotorro, Plaza, Matanzas y Colón. Las redes de Pinar del Río,

Consolación, La Palma, Cienfuegos y Holguín resultaron integradas de acuerdo al IGI alcanzado. Ninguna de las redes exploradas se encuentra fragmentada. Lo cual concuerda con el resultado esperado tomando en cuenta las características del sistema sanitario donde han sido medidas.

El procedimiento permite hacer análisis de integración para una red de acuerdo

a la perspectiva de dos de sus actores (directivos y prestadores). La información que ofrece en este caso nos muestra como para los prestadores existe integración parcial en cinco redes de servicios (Consolación, Plaza, Matanzas, Colón y Cienfuegos). Este grupo explorado a través del procedimiento encuentra Integradas las redes de Pinar del Río, La Palma, Cotorro y Holguín.

Gráfico 3. Índice de integración general según funciones. Municipios seleccionados. 2012.



Leyenda: P= Prestador D=Directivo

En el caso de los directivos encuentran parcialmente integradas las redes de Cotorro, Plaza de la Revolución, Matanzas y Colón. Este grupo percibe integradas las redes de Pinar del Río, Consolación, La Palma Cienfuegos y Holguín. Hay coincidencia en cuanto a nivel de integración parcial en los

municipios de Plaza de la Revolución, Matanzas y Colón. Coinciden en cuanto a integración en los municipios de Pinar del Río, La Palma y Holguín. En ningún caso se percibió una red fragmentada por los participantes. Los índices de integración según función en la red más bajos se obtuvieron en Plaza de la Revolución,

Matanzas y Colón. (Gráfico 3)

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 a la hora de realizar los análisis pertinentes quedando como sigue en el cuadro 5.

Cuadro 5. Instrumento definitivo aplicado en las redes municipales de las provincias seleccionadas según secuencia de metas y dimensiones.

Metas	Dimensión a la que pertenece
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
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
Fortalecidos los procesos en el primer nivel de atención que favorezcan su rol como puerta de entrada al sistema.	Modelo de Atención Médica Integral
Asegurada la proyección comunitaria de especialidades.	Modelo de Atención Médica Integral
Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial.	Modelo de Atención Médica Integral
Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen cuidados de salud integrales.	Modelo de Atención Médica Integral
Establecido un sistema de dirección participativo y único.	Dirección Organización
Desarrollada una participación social amplia para la toma de decisiones de salud.	Dirección Organización
Implementados procedimientos para la gestión descentralizada integrada de los sistemas de apoyo clínico, logístico y administrativo.	Dirección Organización
Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.	Dirección Organización
Desarrollado un sistema de información integrado y que vincula y retribuye.	Dirección Organización
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
Las Redes Integradas de Servicios de Salud, cuentan con un sistema de gestión basada en resultados.	Dirección Organización
Desarrollada una acción intersectorial amplia.	Dirección Organización

## CONCLUSIÓN.

Se dispone de un procedimiento metodológico que permite medir la integración de una red de servicios.

Las validaciones realizadas muestran factibilidad, sensibilidad y confiabilidad en el procedimiento metodológico propuesto. Los autores consideran oportuna la

extensión en la aplicación del procedimiento para identificar atributos de la integración con debilidades en la red, que favorezcan la toma de decisiones para su mejora.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 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: OPS/OMS; 2008.
- Vázquez ML, Vargas L. Redes Integradas de Servicios de Salud: ¿Solución o problema? Revista de Ciencias de Salud. 2006; 4(1): 5-9.
- Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2): 20-6.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Integrating health care delivery. Healthcare Forum Journal. 2000; 43(6):35-9.
- Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: OMS; 1997. [Serie de Informes Técnicos No 861.]
- Ruiz Hernández J R. Consolidación del Sistema Único de Salud, 1969-1984. Cuaderno de historia de la salud pública 108. 2010. [citado: 11 de enero 2011.] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_108/his04108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/his04108.htm)
- Londoño J.L, 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: Octubre 2010.] Disponible en: [www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf](http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf)
- El Plan del Médico de la Familia en Cuba. La Habana: MINSAP; 1991.
- Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos, SA; 1997.
- Bacallao J, Alerm A, Artiles L. Texto Básico de Metodología de la Investigación Educacional. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: ENSAP; 2002.
- Durand R. El método Delphy y la perspectiva del Hidrógeno. Revista Metra. 1971; No. 11: páginas 57-63.
- Zatsiorski V. Metrología Deportiva. La Habana: Pueblo y Educación; 1989.
- 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 Calderío"; 1998. Disponible en: <http://www.bibliomaster.com/pdf/609.pdf>
- Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968:593.
- 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 [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2012 Nov 02]; 25(4): 86-97. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400009&lng=es).
- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C (USA). OPS; 2010.
- 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. Washington DC (EUA). (28 sep-2 oct 2009).
- López Puig P, Segredo Pérez AIM, Díaz Bernal Z, Pérez Piñero J, Santana Felipe A, Alonso Carbonell L. Integración de la red de salud del nivel primario de atención Municipio Boyeros. Correo Científico Médico. 2012; 16 (4).
- Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación para las ciencias de la Salud. La Habana: ECIMED; 2008.

