

Retos para la integración del segundo nivel de atención en la provincia de Cienfuegos

Challenges for the integration of the second level of care in the province of Cienfuegos

Pedro López-Puig*, Zoe Díaz-Bernal*, Yagen Pomares-Pérez**, Liuba Alonso-Carbonell***, Darío Alomá-Díaz****

RESUMEN

Introducción. Un reto inmediato para el hospital de segundo nivel de complejidad (HSNC) en Cuba se relaciona con la integración que alcance en una red asistencial, caracterizada por su cobertura universal, los servicios aprobados que desarrolla, la disponibilidad de sus recursos humanos, su tecnología y complejidad. El objetivo del estudio fue identificar los puntos fuertes y debilidades para la integración a la red asistencial del Hospital “Gustavo Aldereguía Lima” y su Centro Especializado Ambulatorio (HGAL-CEA).

Material y método. Investigación de corte transversal durante el mes de septiembre de 2014. El universo estuvo constituido por prestadores y directivos del HGAL y su CEA “Héroes de Playa Girón”. Se obtuvo una muestra intencional por criterios constituida por 37 sujetos entre ambas categorías ocupacionales a la que se aplicó un cuestionario ad hoc.

Resultados. Se identificaron seis metas con integración parcial y ocho integradas. De los 76 criterios explorados se identificaron 15 criterios con debilidades en la integración, lo que constituye 20% del total explorado. Existen diferencias en la percepción de integración entre directivos y prestadores en 18 criterios.

Conclusiones. Existen puntos fuertes y debilidades en la integración de la red de servicios desde la perspectiva hospitalaria. El 42% de las metas de integración exploradas fue clasificado con integración parcial. No se perciben metas fragmentadas desde la perspectiva explorada. Se identificaron un conjunto de debilidades en los criterios de integración explorados. Existen diferencias en la percepción de integración entre directivos y prestadores que pueden constituir barreras para el desarrollo de la red.

Palabras clave. Integración de sistemas, red hospitalaria, hospitales de segundo nivel.

ABSTRACT

Introduction. An immediate challenge for the hospital of second level of complexity (HSLC) in Cuba is related to the integration that reaches in a healthcare network, characterized by its universal coverage, the approved services developed, the availability of its human resources, its technology and complexity. The objective of the study was to identify the strengths and weaknesses for the integration to the care network of the Hospital “Gustavo Aldereguía Lima” and its specialized outpatient center (HGAL-CEA).

Material and method. A cross-sectional research during the month of September 2014. The universe was formed by providers and managers of the HGAL and his CEA “Heroes of Playa Giron”. It was obtained an intentional sample by criteria constituted by 37 subjects among both occupational categories to which it was applied an ad hoc questionnaire.

Results. We identified six goals with partial integration and eight integrated. Of the 76 criteria explored we identified 15 criteria with weaknesses in the integration, which constitutes 20% of the total explored. There are differences in the perception of integration between managers and providers in 18 criteria.

Conclusions. There are strengths and weaknesses in the integration of the network of services from the hospital perspective. The 42% of the goals of integration explored was classified with partial integration. There are no perceived fragmented goals from the perspective explored. We identified a set of weaknesses in the criteria for integration explored. There are differences in the perception of integration between managers and providers that can constitute barriers to the development of the network.

Keywords. Systems integration, hospital network, secondary hospital.

* Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). República de Cuba

** Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón”. República de Cuba

*** Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC). República de Cuba

**** Centro de Estudios sobre América. República de Cuba

Correspondencia: Pedro López-Puig

Correo electrónico: plp@ensap.sld.cu, peveliu@ensap.sld.cu

RECIBIDO: 23 de marzo de 2015.

ACEPTADO: 21 de diciembre de 2015.

INTRODUCCIÓN.

En 1959 existían en la República de Cuba 79 hospitales, de ellos, 25 eran privados y funcionaban en un sistema de prestación de servicios con alta fragmentación y segmentación. A partir de ese momento, se comenzó a gestar la construcción de un sistema de salud único e integrado, organizado por niveles de complejidad para la prestación de servicios de salud, con acceso universal y gratuito. Se requirió entonces, entre otros factores, aumentar el número de hospitales con la finalidad de responder a las demandas de atención crecientes entre la población. Para el año 1982, el incremento de dicha demanda era de 312%, lo que tuvo implicaciones en cuanto al costo de la atención y generó estrategias con el fin de amortiguarlo; entre ellas se destaca el surgimiento del programa del Médico y la Enfermera de la Familia en 1984 ^(1, 2, 3).

En la década de los años 90 y el primer decenio del 2000 se realizaron sucesivas intervenciones con este mismo objetivo, y según el Anuario Estadístico de 2012 ⁽⁴⁾, Cuba contaba con 152 hospitales de segundo nivel de atención, lo que representa 47% de los que existían 30 años antes, e indicaba que las políticas y estrategias de reducción de estas estructuras lograron sus propósitos.

Esta base estructural, que se desempeña en un sistema sanitario que es modelo de prestación de servicios de salud a partir de una perspectiva integradora ⁽⁵⁾, genera desafíos a enfrentar en cuanto a la articulación necesaria para la atención a pacientes en Hospitales del Segundo Nivel de Complejidad (HSNC). Entre dichos retos pueden mencionarse: la adecuada utilización de capacidades para el ingreso hospitalario de pacientes que necesiten atención médica y de enfermería continua, y cuyos problemas de salud no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención; el mantenimiento de la calidad de los servicios a pesar de las limitaciones materiales; la mejor utilización de los recursos instalados en la red; la sobredemanda de los servicios de urgencia por pacientes con problemas menores que pueden ser atendidos en el nivel primario (en ocasiones por deficiente coordinación); y la demanda excesiva de servicios de consulta externa, que podrían manejarse eficazmente en el Grupo Básico de Trabajo (GBT) o Policlínico, entre otros posibles ^(6,7).

Estos retos, hacen resonancia con las transformaciones que se producen en el ámbito nacional, que tienden cada vez más hacia un replanteamiento o adecuación en la concepción sobre el papel, función y modelo organizacional del hospital. Asimismo, las bases teóricas, conceptuales y metodológicas que brinda la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), sirven para realizar una aproximación vinculada al desarrollo y redefinición de prácticas hospitalarias que tiendan a una mayor integración de los HSNC al resto del sistema nacional de prestación en salud ^(8,9).

La provincia de Cienfuegos, integra bajo un sistema de dirección y administración de doble subordinación, la gestión: clínica de casos, de logística para los servicios, de financiamiento para desarrollos específicos, y la formación y ubicación del recurso humano profesional y técnico de pre-grado y post-grado. Su

estructura de servicios de salud la encabezan 387 consultorios del médico de la familia, con 20 policlínicos, un hospital pediátrico y un hospital psiquiátrico ⁽¹⁰⁾. La mayor institución de salud en dicha provincia es el Hospital General Universitario “Gustavo Aldereguía Lima” (HGAL), insertado en una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) basada en atención primaria a la salud (APS). La institución posee una dotación de 640 camas y todas las especialidades médico-quirúrgicas y materno-infantiles, exceptuando la cirugía cardiovascular por poseer un cardiocentro regional a 59 km, con garantía de acceso ⁽¹¹⁾.

Una singularidad del HGAL es que cuenta con un centro especializado ambulatorio (CEA) adjunto, que se le subordina y con el que comparte recursos humanos, tecnológicos y financieros ⁽¹²⁾.

Por otro lado, el CEA “Héroes de Playa Girón”, permitió ampliar y diversificar las prestaciones del HGAL, que ya mostraba evidentes signos de sobrecarga asistencial, limitación de espacio para crecer en nuevos servicios (incluidas las nuevas tecnologías) y especialmente una limitada capacidad quirúrgica para dar respuesta a las crecientes y complejas demandas de la población ⁽¹⁰⁾.

La misión principal del CEA-HGAL es la realización de la cirugía mayor ambulatoria de la población (principalmente adulta) de toda la provincia; la prestación de algunos servicios de alta demanda especializada (como los de quimioterapia para el tratamiento del cáncer); la rehabilitación intensiva e integral de pacientes con enfermedades en fase subaguda; la diálisis peritoneal y la hemodiálisis ambulatoria.

Los CEA han resultado en complemento para la integración de las redes de salud familiar y comunitaria con las redes de grandes hospitales, con base en protocolos centrados en las personas ⁽²⁾. Dichos centros favorecen el descongestionamiento de los grandes hospitales y permiten reducir los costos unitarios y ampliar la cobertura de salud ⁽¹³⁾. Diversos países han desarrollado estas instituciones y son centros de salud sin internamiento o con una breve hospitalización para una “atención intermedia” de observación y/o recuperación.

Un reto inmediato para el HSNC en Cuba está en la forma de concebir su función en una red asistencial, caracterizada por: su cobertura poblacional universal (regionalización), los servicios aprobados que desarrolla (acceso-compactación), la disponibilidad de sus recursos humanos, su tecnología y complejidad (reorganización-optimización). En este sentido, el objetivo de este trabajo fue identificar fortalezas y debilidades para la integración del complejo hospitalario GAL-CEA a la red asistencial en Cuba.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación de corte transversal durante el mes de septiembre de 2014. El universo estuvo constituido por prestadores y directivos del HGAL y su CEA “Héroes de Playa Girón”. Se trabajó con una muestra intencional por criterios que quedó constituida por 37 sujetos.

Los criterios de selección para la muestra fueron: reconocida experiencia como prestador o directivo hospitalario, reconocida independencia de criterio sobre los servicios hospitalarios y su forma de gestión y disposición a participar en el estudio.

Se aplicó un cuestionario auto administrado, validado y publicado, elaborado ad hoc que toma como base los instrumentos desarrollados para la evaluación de la integración en el sistema sanitario cubano desde distintas perspectivas, al que se le hicieron algunas adecuaciones para su aplicación en el nivel de prestación que se estudia (HSNC), pero siguiendo la misma lógica conceptual y sustento teórico⁽¹⁴⁾. Para este estudio se consideró HSNC todo aquel que no clasifica como instituto.

Variables utilizadas. El cuestionario recoge 14 metas y 76 criterios de integración elaborados ad hoc para la red hospitalaria como sigue:

1. Definido a partir del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASS), la población y características del territorio a cargo de cada servicio. Cuatro criterios.
2. Garantizada una distribución de servicios de salud y recursos humanos, capaz de satisfacer integralmente las demandas de servicio de la población (Servicios.) Seis criterios.
3. Fortalecidos los procesos en el primer nivel de atención que favorezcan su rol como puerta de entrada al sistema (APS y Hospital). Seis criterios.
4. Asegurada la proyección comunitaria de especialidades (Especialidades). Tres criterios.
5. Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial (Coordinación/Continuidad). Cuatro criterios.
6. Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen cuidados de salud integrales (Programas, normas y guías). Seis criterios.
7. Establecido un sistema de dirección participativo y único (Dirección). Nueve criterios.
8. Desarrollada una participación social amplia para la toma de decisiones de salud (Participación Social). Dos criterios.
9. Implementados procedimientos para la gestión descentralizada integrada de los sistemas de apoyo clínico, logístico y administrativo (Gestión de Apoyo). Cinco criterios.
10. Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema (Recursos Humanos). Nueve criterios.
11. Desarrollado un sistema de información integrado y que vincula y retribuye (Información). Nueve criterios.
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). Cinco criterios.
13. Las Redes Integradas de Servicios de Salud cuentan con un sistema de gestión basada en resultados (Gestión por resultados). Cuatro criterios.

14. Desarrollada una acción intersectorial amplia (Intersectorialidad). Cuatro criterios.

Procedimiento para la obtención de la información. Se incluyó un intercambio sobre conceptos y contenidos relevantes relacionados con la integración de redes de servicios, sus bases teóricas, metas, criterios (8)⁽¹⁵⁾ y sus peculiaridades en el sistema sanitario cubano. Cada atributo de la integración fue considerado una meta para la red del hospital. Este proceso duró aproximadamente una hora y se apoyó en medios audiovisuales. Se realizó una explicación detallada de la forma de llenado del cuestionario, con atención a las dudas que emergían. Se solicitó total independencia de criterio para el llenado del cuestionario. Se dispuso de 1 hora para el ejercicio.

Para captar la percepción de los participantes sobre la integración en su red de servicios, los criterios a evaluar fueron redactados en forma de afirmaciones. Se utilizó una escala ordinal con cuatro opciones: totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, no estoy de acuerdo. Se consideró el desconocimiento consciente en la escala a través de la opción “no tengo información”.

Procesamiento y análisis de la información. La información obtenida se organizó en una base de datos utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 2.1. Se establecieron los valores porcentuales alcanzados en las respuestas de forma global y para ambos centros hospitalarios. Se tomaron en cuenta también los valores porcentuales de las respuestas para cada grupo (prestador y directivo) en los datos globales y en cada centro del complejo HGAL-CEA para hacer el análisis de la información resultante.

Se identificaron como debilidades para la integración de la red hospitalaria aquellos criterios con porcentaje predominante en las categorías: no estoy de acuerdo, parcialmente de acuerdo y no tengo información. Se consideró como punto fuerte para la integración aquellos criterios con porcentaje predominante en la categoría de la escala totalmente de acuerdo. El análisis sobre la integración de las metas exploradas tuvo en cuenta la cantidad de criterios percibidos con debilidades o puntos fuertes y los juicios del equipo de investigadores que participaron en el estudio. De esta forma las metas fueron evaluadas en: fragmentadas, parcialmente integradas o integradas, según fuera el caso.

Se consideró relevante presentar las diferencias entre directivos y prestadores que resultaran extremas, entendidas como tal aquellas con un diferencial de más de 40% entre los grupos.

Presentación de los resultados. Se organizó en tablas para su mejor comprensión. Dada su extensión no se anexan, pero están disponibles para posibles interesados. Los resultados que aporta esta investigación tienen su base en las percepciones de los sujetos (prestadores y directivos) que participaron en la investigación. Se exponen los resultados que alcanzaron los porcentajes más altos para cada criterio explorado. Se hizo referencia a las metas declaradas anteriormente, para al interior de cada una aludir a sus criterios de evaluación.

Aspectos éticos. Los participantes expresaron voluntad para participar en la investigación. Se brindó la posibilidad de abandonar el ejercicio. Se solicitó autorización competente para la realización de la investigación. Los resultados solo tienen fines científicos y de apoyo a la gestión de la red integrada de servicios de la provincia explorada. Los derechos de propiedad intelectual pertenecen a la Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, la dirección del GAL y el CEA y la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). No hay conflictos de intereses a declarar.

RESULTADOS

Respondieron el cuestionario 37 trabajadores del HGAL-CEA. De ellos, 25 fueron prestadores y 12 directivos. Los resultados globales indican que, en la primera meta, los criterios relacionados con la necesidad de una clara identificación de la cantidad de población que se atiende y su ubicación territorial, junto con los aspectos considerados para la planificación de los servicios fueron los puntos fuertes (84% y 73% respectivamente), mientras que los criterios relacionados con la utilización de información actualizada para la definición de los servicios (67,6%) y el papel de Análisis de la Situación de Salud como documento básico para generar los conocimientos sobre la población (59,4%) mostraron mayores debilidades. Esta meta resultó parcialmente integrada.

La segunda meta muestra tres criterios como puntos fuertes y son los relacionados con: la integralidad de la atención que se brinda en el hospital (59.5%), la utilización de la regionalización para la atención a los pacientes (73%) y la adecuación del tamaño de la población a atender a la capacidad de los servicios (54%). Otros tres criterios resultaron debilidades para la integración: la coordinación de casos desde y hacia el primer nivel de atención (62%), la garantía de resolutivez para el primer nivel de atención (65%) y la integración entre el primer y el segundo nivel para garantizar un cuidado integral a la salud (70%). Dados estos resultados, la meta se consideró parcialmente integrada.

Para la meta tres, los seis criterios explorados resultaron puntos fuertes, siendo el mejor posicionado (62%) aquel relacionado con los vínculos alcanzados por el complejo HGAL-CEA con los individuos, la familia, la comunidad y el resto de los sectores sociales. Esta meta se consideró integrada.

En cuanto a la meta cuatro, los tres criterios explorados se consideraron puntos fuertes, obteniendo el mayor porcentaje en la reorganización de las capacidades de ingreso hospitalarias (89%). Esta meta se consideró integrada.

Con relación a la meta cinco, un criterio fue percibido débil (68,4%), el relacionado con la aplicación de tecnologías de la información y las comunicaciones para la coordinación de los casos. Los tres criterios restantes fueron considerados puntos fuertes, entre los cuales, el cuidado personalizado fue el mejor percibido (76% de acuerdo total). Esta meta se consideró integrada.

La exploración realizada para la meta seis aportó que sus seis criterios fueron considerados puntos fuertes, resultando una meta integrada. El criterio mejor posicionado (89%) explora sobre el ajuste de los planes de trabajo de la institución a su misión, objetivos y alineación a las estrategias del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

La meta siete recoge nueve criterios relacionados con el sistema de dirección. Es una meta integrada. Un único criterio fue percibido como debilidad por el 51% de participantes: el aseguramiento a través del presupuesto de las demandas estructurales y logísticas de los servicios. El mayor aporte a este resultado proviene de participantes que no tienen información sobre este criterio (24,3%). El criterio mejor posicionado (92%) fue el relativo a la existencia del reglamento interno y el manual de procedimientos de la institución.

La meta ocho exploró dos criterios, el primero, relacionado con el uso de la opinión de la población en los procesos de mejoramiento de la calidad, se consideró una debilidad (54%). El segundo, relacionado con la utilización de la población para la conducción continua de los pacientes, es un punto fuerte según el criterio del 70% de los participantes. Este aspecto considera el papel que usuarios, familiares y redes de apoyo de pacientes tienen en la gestión de servicios de salud al enfermo en la sociedad cubana.

Fueron cinco los criterios de la meta nueve. El desarrollo de la gestión por procesos fue identificado como una debilidad (57% de los participantes). Cuatro criterios resultaron puntos fuertes, el mejor posicionado (70%) fue el relacionado con lograr integrar la gestión de soporte logístico a las necesidades de los servicios. La meta nueve se consideró parcialmente integrada pues la debilidad identificada se considera factor clave para la gestión en redes integradas. ⁽¹⁴⁾

La meta diez exploró nueve criterios y se consideró integrada. Ocho criterios fueron considerados puntos fuertes, el mejor posicionado (81%) explora la garantía en la disponibilidad de los recursos humanos para los servicios hospitalarios. La debilidad (51.3%) se identificó en el criterio que alude al desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos.

La meta once se exploró a través de nueve criterios, seis de ellos considerados puntos fuertes y explicitan: la utilización de información derivada del análisis de la situación de salud para la realización de intervenciones en salud; la red cuenta con información sobre las demandas de salud en los servicios que se prestan; hay disponibilidad de información sobre la trayectoria del paciente (68%); sus datos clínicos y la satisfacción con el servicio recibido. Constituye también un punto fuerte la existencia de un sistema de estímulos para el personal de salud basado en información confiable.

Se perciben como debilidades: la información económica de la institución, el conocimiento sobre los costos en el área de desempeño con 16% de los participantes sin información, al igual que el criterio relacionado con la realización del análisis económico de la institución. Dadas las debilidades presentadas con relación a la información económica esta meta se consideró parcialmente integrada.

La meta 12 indagó sobre cinco criterios y tres de ellos resultaron puntos fuertes, siendo el mejor posicionado (84%) el disponer de una metodología y/o procedimientos para realizar análisis de resultados de trabajo. Resultaron en debilidades, la no existencia de una planificación de visitas de evaluación en los establecimientos del país (54% que incluye un 19% de no información) y no contar con mecanismos para hacer un diseño de asignaciones de recursos flexible (51%). La meta se consideró parcialmente integrada.

Los cuatro criterios de la meta 13 resultaron puntos fuertes. El mejor posicionado (81%) fue el desarrollo alcanzado en los espacios destinados al análisis de resultados (meta integrada).

La intersectorialidad aparece reflejada en la meta 14. Los cuatro criterios explorados fueron percibidos como puntos fuertes. El mejor posicionado (78%) reconoce la intersectorialidad como el principal mecanismo que utiliza la red hospitalaria para la solución de problemas de salud. Meta integrada.

DISCUSIÓN

La percepción de integración según los criterios de prestadores y directivos aportó diferencias relevantes en el criterio de la meta dos, referido a la existencia de mecanismos que dan capacidad al primer nivel de atención para la coordinación de casos entre niveles de atención. El 75% de los directivos estuvo totalmente de acuerdo con esta afirmación, contra el 27% de los prestadores. Mientras que 50% de los directivos estuvo parcialmente de acuerdo con el hecho de que en el hospital se hace énfasis en la integralidad de la atención que se brinda y se realizan acciones de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad, solo 7% de los prestadores optó por esta opción de la escala. El 80% de los prestadores se considera totalmente de acuerdo con ese criterio. Es posible que los prestadores consideren que realizan más acciones integrales que las orientadas por los directivos.

Similar ocurre con el criterio recogido en la meta 3 referido al desarrollo en el hospital de vínculos profundos con los individuos, la familia, la comunidad y con el resto de los sectores sociales. El 80% de los prestadores está totalmente de acuerdo con este criterio y solo el 25% de los directivos. En esta misma meta, el 93% de los prestadores coincide totalmente con el criterio de que se facilita la participación social y la acción intersectorial contra un 50% de los directivos. El 50% restante lo percibe parcialmente de acuerdo.

En la meta cinco, el 75% de los directivos está totalmente de acuerdo con el criterio de que desarrolla una estrategia de capacitación de recursos humanos de acuerdo a las nuevas condiciones generadas por el proceso de transformación del Sistema de Salud contra el 33% de los prestadores. El 93% de los prestadores está totalmente de acuerdo con el criterio de que se garantiza un cuidado personalizado contra el 50% de los directivos. Mientras que solo el 37% de los directivos está de acuerdo con que se desarrollan procedimientos de apoyo diagnóstico en la red de servicios según las necesidades de cada caso, el 87% de los prestadores calificó en esta categoría.

En la meta siete, relacionada con un sistema de dirección participativo y único, el 80% de los prestadores no posee información sobre si está asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios contra el 12,5% de los directivos. Por otra parte el 93% de los prestadores está de acuerdo con que la gestión de su unidad responde a una normativa y reglamento único aplicado de acuerdo a sus necesidades. Solo el 50% de los directivos coincidió con ello.

En cuanto a la meta nueve vinculada a la gestión por procesos, el 87% de los prestadores estuvo totalmente de acuerdo con el criterio de que su unidad es capaz de gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico contra el 37% de los directivos.

En la meta diez, relacionada con los recursos humanos, el 68% de los prestadores está parcialmente de acuerdo con la afirmación de que el sistema de información es consistente con la misión y objetivos del MINSAP contra el 12,5% de los directivos.

Con respeto a la distribución y utilización de la información (meta 11) el 80% de los prestadores no tiene información sobre la demanda en la utilización de los servicios. Ningún directivo marcó esta opción. En esta misma meta el 87% de los prestadores dispone de información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre, contra el 37% de los directivos. Para el 87% de los prestadores se cuenta con un sistema de estímulos para el personal de salud que promueve: integración del sistema y tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente. Solo el 37% de los directivos está totalmente de acuerdo con ello.

El 80% de los prestadores tiene conocimiento de los costos de su área de desempeño y se involucra con los costos totales, contra el 25% de los directivos. Finalmente, solo el 20% de los prestadores considera que se realiza con la periodicidad establecida el análisis económico de la Red y la información que se produce se distribuye a todo el personal de la red, contra el 62% de los directivos.

Para la meta 13 (Gestión por resultados), el 93% de los prestadores concuerda con que los resultados alcanzados se toman en cuenta para proponer mejoras en los procesos a ejecutar en contraposición con el 37% de los directivos.

Las diferencias encontradas entre los grupos pueden servir para establecer estrategias de intervención específicas.

El análisis de los resultados de las instituciones por separado (CEA o GAL), aportó algunas diferencias en cuanto a la percepción de integración en los criterios explorados, que no llegan a cambiar los criterios de integración globales para las metas exploradas, aunque pueden ser utilizadas para un análisis más profundo hacia el interior de cada lugar.

CONCLUSIONES

Existen puntos fuertes y debilidades en la integración de la red de servicios desde la perspectiva hospitalaria. Aunque más de la tercera parte de las metas exploradas se clasificaron con integración parcial y se identificaron debilidades para un grupo de criterios, no se perciben metas fragmentadas desde la perspectiva explorada. Además, existen diferencias en la percepción de integración entre directivos y prestadores que pueden constituir barreras para el desarrollo de la red.

RECOMENDACIONES

1. Realizar intervenciones encaminadas a minimizar o eliminar las debilidades identificadas para la integración a la red del complejo GAL-CEA.

2. Desarrollar investigaciones que profundicen en las causas de las debilidades identificadas.

3. Potenciar los puntos fuertes en la integración del complejo GAL-CEA y transmitir las experiencias a dependencias similares fuera de la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torre Montejo Ernesto de la. El desarrollo del Sistema Nacional de Salud en Cuba. En: Salud para todos si es posible. 1ra Edición. La Habana. Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social, 2005. pag-35-93.
2. CEE. Anuario estadístico de Cuba. La Habana, Comité Estatal de Estadísticas, 1984.
3. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la enfermera de la familia. La Habana: MINSAP; 2011.
4. MINSAP. Dirección Nacional de Estadística. Anuario estadístico 2012
5. Mason Susan E, Strug David L, Beder Joan, editores. Community Health Care in Cuba. Chicago Illinois: LyceumBooks; 2010.
6. 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 [Internet]. 2009 Dic [citado 6 Abril 2014];35(4):34-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005&lng=es
7. López Puig P, Segredo Pérez AM, 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. Rev Correo Científico Médico. 2012 [citado 19 Abril 2014]; 16(4). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/viewFile/476/223>
8. Artaza Barrios O, Méndez CA, Holder Morrison R, Suárez Jiménez JM. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.
9. Fernández Díaz J.M., Varela J., Manzanera R. Retos y prioridades en la gestión de hospitales. Informe SESPAS; 2002. p. 531-541
10. Falcón A, Orduñez P, De Pazos JL, Molina M, Alomá D, Navarro VR. Puesta en Marcha del primer Centro Especializado Ambulatorio en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública 2011; 37(2)
11. Aloma D, Falcón A, Molina M, Navarro VR. Cumplimiento de los estándares de construcción de hospitales seguros en el primer centro especializado ambulatorio en Cuba. En: Colectivo de autores: Salud y Desastres. Experiencias Cubanas 1. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2011. p. 21
12. Rios L, Ibiricu MA, Martin M, Crespo C, Agusti E. El hospital ligero de Cambrils: un modelo de atención sanitaria integrada.
13. Alvarado G, Vega E. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años. Rev Especialidades Médico-Quirúrgicas 2006; 11 (3):34-37
14. 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 [Internet]. 2011 Dic [citado 2012 Oct 18]; 27(4): 421-434. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400001&lng=es
15. López Puig Pedro, Alonso Carbonell Liuba, García Milián Ana Julia, Fernández Díaz Ivonne Elena. 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=S08642125200900040009&lng=es.