



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de
Tabasco
México

López Puig, Pedro; García Milian, Ana Julia; Carbonell, Liuba Alonso; Bayarre Veá,
Héctor Demetrio; Segredo Pérez, Alina María
Definición de integración de redes de servicios en la estrategia de Atención Primaria de
Salud en Cuba, 2013.

Horizonte Sanitario, vol. 13, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 138-147
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845146004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Definición de integración de redes de servicios en la estrategia de Atención Primaria de Salud en Cuba, 2013.

Pedro López Puig⁽¹⁾, Ana Julia García Milian⁽²⁾, Liuba Alonso Carbonell⁽³⁾, Héctor Demetrio Bayarre Veá⁽⁴⁾
Alina María Segredo Pérez⁽⁵⁾

Resumen

Introducción: La falta de definición conceptual y operacional de Redes Integradas de Salud imposibilita su caracterización. En el marco de una investigación resulta imprescindible dicha definición para la ejecución de esta y su posterior reproducibilidad. **Objetivo:** Construir y validar la definición conceptual y las operacionales de Redes Integradas de Servicios de Salud. **Método:** Investigación de desarrollo. Se seleccionó un grupo experto para la búsqueda de consenso formal. Una vez revisada la literatura, se conformaron las definiciones operacionales y se adoptaron los atributos de la integración afines a las peculiaridades de contexto cubano. Con posterioridad, se realizó un ejercicio final de búsqueda de consenso, para cada una de las metas y criterios de la integración definidos para la realidad cubana, mediante la técnica de grupo nominal, enfocada a la pertinencia y validez de contenido de los productos relacionados con los atributos, metas y criterios de la integración. **Resultados:** Se construyó y validó una definición de Redes Integradas de Salud. Los expertos consideraron 12 definiciones operacionales articuladas con un conjunto de atributos, metas y criterios de integración que permiten, una aproximación sistémica a la integración de una red de salud. **Conclusiones:** Se produce una definición conceptual y un conjunto de definiciones operacionales de Redes Integradas de Servicios de Salud que permitirían desarrollar investigaciones en sistemas y servicios de salud para el contexto particular del modelo cubano de Atención primaria de Salud. El procedimiento para la generación de definiciones conceptuales con respecto a la integración puede ser utilizado en el contexto latinoamericano teniendo en cuenta las peculiaridades de cada país.

Palabras claves: Red de servicios, Atención Primaria a la Salud.

Summary

Background. The lack of conceptual and operational definition of health Integrated Networks precludes their characterization. As part of an investigation that definition is essential for the implementation of this and subsequent reproducibility. **Objective:** To construct and validate the conceptual and operational definition of integrated health services networks. **Method:** development research. An expert group to search for formal consensus was selected. Once the literature reviewed, the operational definitions were formed and attributes related to the peculiarities of integration Cuban context were adopted. Subsequently, a final exercise of consensus was performed for each of the goals and criteria of integration defined for the Cuban reality, through the nominal group technique, focusing on the relevance and content validity of related products attributes, goals and criteria for integration. **Results:** We constructed and validated a definition of Integrated Health Networks. The experts considered 12 operational definitions articulated a set of attributes, goals and criteria that enable integration, in its discretion, a systemic approach to the integration of a health network. **Conclusions:** A conceptual definition and a set of operational definitions of Integrated Health Services Delivery Networks that would allow developing research in health systems and services to the particular context of the Cuban model of Primary Health Care is produced The process for generating conceptual definitions regarding the integration can be used in the Latin American context, taking into account the specificities of each country.

Key words: Network Services, Primary Health Care.

(1) Médico. Esp II Grado en Medicina General Integral, Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor e investigador auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. (ENSAP).

(2) Doctor en Ciencias de salud. Médico. Esp II Grado en Farmacología, Máster en Economía de la Salud. Profesor e investigador titular. Escuela Nacional de Salud Pública. (ENSAP).

(3) Médico. Esp II Grado en Farmacología, Máster en promoción de salud. Profesor e investigador auxiliar. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC).

(4) Doctor en Ciencias de salud. Máster en Salud Pública. Médico Esp II Grado en Bioestadística. Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. (ENSAP).

(5) Médico Esp II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud y en Educación Médica. Profesor e investigador Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. (ENSAP).

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 17 de diciembre de 2013 **Fecha de aceptación:** 26 de enero de 2014

Dirección para recibir correspondencia

Pedro López Puig. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

Email: peveliu@infomed.sld.cu

Introducción

La realización de una investigación discurre por la necesidad del posicionamiento -por parte de los autores- de las definiciones, conceptos y, en general, de los elementos teóricos esenciales sobre los que se sustenta el accionar metodológico en un horizonte temporal inmediato. Estos aspectos deben quedar aclarados de manera explícita, tanto en el proyecto de investigación, y en los documentos que se destinen a comunicar y socializarlo investigado. Así, es conocido que las nociones ocupan un lugar inferior al concepto, para definir una idea, un fenómeno, un proceso menos elaborado. Estas se vinculan a elementos de una teoría que aún no posee la claridad suficiente para alcanzar el status de concepto. Por su parte las categorías son conceptos clasificatorios. Se construyen como términos cargados de significación a través de los cuales la realidad es pensada de forma jerarquizada. Son consideradas dentro de la visión positivista como: "rúbricas o clases que reúnen un grupo de elementos bajo un título genérico, agrupamiento efectuado en razón de los caracteres comunes de los elementos"¹.

El concepto por su parte, realiza una doble función: es condición necesaria para la comprensión de los juicios y permite la distinción de un objeto con respecto a otro. Es un pensamiento acerca de las propiedades de un objeto, y puede ser pensado refiriéndose al objeto, a una propiedad de este o a la relación entre objetos. La definición, es una de las operaciones lógicas de mayor importancia a la que se recurre constantemente, tanto en la ciencia como en la vida ordinaria, mientras que los conceptos son construcciones o imágenes mentales, por medio de las cuales comprendemos las experiencias que emergen de la interacción con nuestro entorno. Estas construcciones surgen por medio de la integración en clases o categorías, que agrupan nuestros nuevos conocimientos y nuestras nuevas experiencias con los conocimientos y experiencias almacenados en la memoria.²

Al abarcar en la definición los rasgos esenciales de un objeto, fijamos también el contenido del concepto correspondiente. En cada definición científica se resuelven dos problemas de cognición: primero se fijan los rasgos esenciales del objeto definido y segundo se diferencia el objeto definido de los objetos que le son semejantes. De ahí que al definir un objeto se necesita indicar el carácter que permita diferenciarlo de todos los objetos que le son parecidos e indicar el conjunto de objetos con respecto a los cuales tiene sentido diferenciar el objeto dado. Es costumbre considerar aparte una variedad de definición, la definición genética. Otra variedad es la que se obtiene indicando el nombre específico del objeto.

De las definiciones científicas se exige que pongan de manifiesto en grado máximo el contenido del concepto correspondiente al objeto definido lo que solo se logra si se abarcan los caracteres del objeto que son exponentes de su esencia. Son pues las definiciones conceptos que cumplen con determinados requisitos.

En el caso de una definición conceptual, se relaciona a la variable con otros términos. Se trata de definiciones de diccionarios o de libros especializados y cuando describen la esencia o las características de una variable, objeto o fenómeno, se les denomina definiciones reales. Estas últimas constituyen la adecuación de la definición conceptual a los requerimientos prácticos de la investigación.³

Tales definiciones son necesarias, pero insuficientes para definir las variables de la investigación, porque no nos vinculan directamente con "la realidad" o con "el fenómeno, contexto, expresión, comunidad o situación". Después de todo continúan con su carácter de conceptos. Los científicos necesitan ir más allá, deben definir las variables que se utilizan en sus hipótesis, en forma tal que puedan ser comprobadas y contextualizadas. Lo anterior es posible al utilizar lo que se conoce como definiciones operacionales ya que constituyen el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado.

En la definición de Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano se puede leer: "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 podría leer, se integran, sin 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 SNS existen tres niveles para la atención médica. El primario, el secundario y el terciario, los que se hayan interrelacionados (integrados) de acuerdo con los principios de la regionalización de los servicios.⁴

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 socio-económico adoptado, aunque no es el único a considerar, ejerce particular influencia en la configuración de su sistema sanitario. Hay que 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".⁵

El modelo integrado de atención primaria de salud cubano tiene sus singularidades.^{6,7} Sin embargo, no está definida conceptualmente la integración lo que permitiría, a través de la construcción de definiciones operacionales, la realización de investigaciones futuras en sistemas y servicios de salud. Derivado de lo anterior, los autores realizan una investigación con el objetivo de construir y validar la definición conceptual y las operacionales de redes integradas de servicios de salud.

Material y métodos

Se trata de una investigación y desarrollo.⁸ Para su ejecución se realizó una definición conceptual y operacional de las Redes Integradas de Servicios de Salud.⁹ Para la realización de la misma se seleccionó un grupo experto para la búsqueda de consenso formal.

Figura 1.



A través de la técnica de consenso formal de expertos se llegó a la selección final de las definiciones, la misma tuvo en cuenta los requisitos de anonimato, iteración, retroalimentación controlada y conclusión de una respuesta concreta y resumida indicado para la búsqueda de consenso por expertos.¹⁰

Los expertos que cumplieron los criterios de inclusión y permanecieron durante todo el proceso de construcción y validación fueron siete.

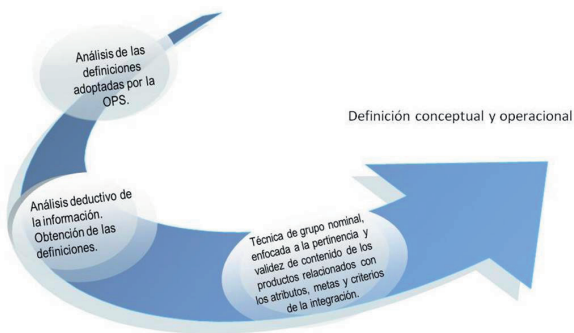
Se realizó un análisis particular a la definición adoptada por la Organización Panamericana de la Salud¹¹ dadas las implicaciones que tiene el organismo para la adopción de estrategias en el área de las Américas. A partir de

la revisión de definiciones realizada, se hizo un análisis deductivo de las mismas que permitió a los autores obtener la definición conceptual y con posterioridad las operacionales. Para ello se sistematizaron, a través de categorías descriptoras, constructos que permitieron la aproximación al tema de Integración de redes de servicio en el contexto cubano, en cuanto a construir una definición de Redes Integradas de Servicios de Salud. Las categorías utilizadas para analizar las propuestas y construir una definición conceptual para el contexto cubano fueron: la visión sistémica, el enfoque de salud poblacional, el énfasis en la coordinación de servicios incluyendo los servicios sociales, la orientación a los resultados, la garantía de continuidad de la atención como núcleo de la integración, la atención centrada en el paciente, la conectividad entre las partes y la efectividad y coste-efectividad de las intervenciones.

Una vez revisada la literatura, se conformaron las definiciones operacionales a partir de la decisión por parte de los autores de adoptar, para abarcar el sistema complejo¹² que sería objeto de investigación, un grupo de dimensiones, atributos, metas y criterios de la integración. Para la adopción de las dimensiones, se partió del enfoque de Londoño y Frenk¹³ diseñadas 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.

Una vez seleccionadas las dimensiones se adoptaron los atributos de la integración afines a las peculiaridades de contexto cubano. Cada atributo fue redactado entonces en forma de meta, para lo cual 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 y 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 el grupo experto. Con posterioridad, se realizó un ejercicio final de búsqueda de consenso con los expertos, para cada una de las metas y criterios de la integración definidos para la realidad cubana. Para ellos se empleó la técnica de grupo nominal¹⁴, enfocada a la pertinencia y validez de contenido de los productos relacionados con los atributos, metas y criterios de la integración.

Figura 2. Estrategia de trabajo realizada por los expertos para la construcción.



Para la pertinencia se definió como: Oportunidad, adecuación y conveniencia de una cosa.

Tabla 1. Operacionalización de categorías

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) le asignaron puntos para un total de 5 a 6 en la calificación final de cada criterio. Se evaluó en todos los casos el contenido de las dimensiones y atributos propuestos independientemente de su presencia en la literatura revisada.^{15, 16, 17}

Para la validación de contenido de atributos de la Red Integrada de Servicios de Salud Cubana, se aplicó un

instrumento elaborado ad hoc siguiendo los criterios de Moriyama¹⁸ que se consultó con el grupo expertos tantas veces como fue necesario (iteración) hasta lograr consenso.

Para aplicar el instrumento 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 y 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, mediante una escala ordinal que incluyó las categorías: mucho, poco, nada, adaptada para cada uno de los ítems contemplados en el instrumento.

Las propiedades básicas exploradas fueron comprensible, sensible a variaciones en el fenómeno que se mide, con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables, con componentes claramente definidos: se refiere a que si a cada atributo se le puede dar una definición clara y derivable de datos factibles de obtener. 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.

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.

Resultados

Los resultados del procedimiento anterior generaron un conjunto de definiciones conceptuales y operacionales aplicables al contexto de redes de servicios de salud cubano y son los que siguen:

Definición cubana de Redes Integradas de Servicios de Salud

“Es aquella que gestiona y entrega 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”

Definiciones operacionales vinculadas a la integración en el modelo cubano de redes de servicios de salud del primer nivel de atención

Con posterioridad a la definición conceptual, se procedió a la definición operacional de un grupo de categorías que dieran salida a los presupuestos conceptuales. Los expertos consideraron 14 definiciones operacionales articuladas con un conjunto de atributos, metas y criterios de integración que permiten, una aproximación sistémica a la integración de una red de salud. A continuación se presentan las mismas.

Fragmentación

Falta de articulación o concertación, para generar estrategias eficientes y de alto impacto entre las diferentes organizaciones, instituciones y entidades, en el logro de su misión dentro del sistema sanitario.

Dimensión 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.

Dimensión Dirección y Organización

Implica la estructura y procesos del aparato de dirección. El establecimiento, implementación y evaluación de los reglamentos para el sistema de salud y su dirección estratégica incluye la forma en que se articulan en la estructura aprobada, a través de normas, regulaciones y procedimientos, de los procesos vinculados a la gestión clínica, de recursos humanos, logísticos y financieros en el sistema de salud.

Dimensión Presupuesto y Estímulo

Se refiere a la asignación presupuestaria del Sistema Nacional de salud y sus distintos mecanismos de asignación y gastos. Incluye los procedimientos establecidos de estímulo al trabajo.

Nivel de integración de la red

Categoría evaluativa que expresa el momento de integración en una red a partir de una aproximación multidimensional a su capacidad para establecer un continuo de prestación de servicios a los problemas de salud para los cuales fue creada.

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.

Red de servicios Fragmentada

La red no logra satisfacer la afirmación relacionada con el criterio o la meta explorada.

Red de servicios Parcialmente Integrada

La red logra en parte, satisfacer la afirmación relacionada con el criterio o la meta explorada.

Red de servicios Integrada

La red logra plenamente satisfacer la afirmación relacionada con el criterio o la meta explorada.

Índice de Integración para criterios, metas y de la Red

Es el cociente entre el valor de integración, obtenido a partir del criterio de participantes en un ejercicio de respuesta a un cuestionario que contiene una escala de tres niveles y el máximo valor posible a obtener tomando en cuenta el número de participantes.

Índices de Integración para una Red de Servicios

Se propone así calcular 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.

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

Momento de Integración

Indica la situación de integración de una red particular para un espacio-tiempo definido. Se considera un momento favorable a la integración si el Índice General de Integración para un territorio es superior a 0,8 (obtenido por consenso formal de expertos) y denotará diferentes estadios de integración parcial para la red un valor inferior a partir de puntos de corte intermedios (menos de 0,5 fragmentada, entre 0,5-0,8 parcialmente integrada).

Integración Municipal/Provincial

Refleja el momento de integración de la red de servicios de salud subordinada a la dirección correspondiente de salud.

Posteriormente, se generaron definiciones operacionales para los atributos y metas de la integración en el sistema de salud cubano. Cuadro 1.

Cuadro 1. Definiciones operacionales según dimensiones, atributos y metas.

Dimensión a la que pertenece	Atributos	Metas
Modelo de Atención Médica Integral	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.	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: Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.	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: Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	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: Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.	Asegurada la proyección comunitaria de especialidades.
Modelo de Atención Médica Integral	5: Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial.
Modelo de Atención Médica Integral	6: Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población	Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen cuidados de salud integrales.
Dirección Organización	7: Un sistema de dirección único para toda la red.	Establecido un sistema de dirección participativo y único.
Dirección Organización	8: Participación social amplia.	Desarrollada una participación social amplia para la toma de decisiones de salud.
Dirección Organización	9: Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico.	Implementados procedimientos para la gestión descentralizada integrada de los sistemas de apoyo clínico, logístico y administrativo.
Dirección Organización	10: Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.
Dirección Organización	11: Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.	Desarrollado un sistema de información integrado y que vincula y retribuye.
Presupuesto y estímulo	12: Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.	Desarrollado mecanismos de control del presupuesto y los gastos adecuado a las necesidades de los territorios. Establecido un sistema de estímulos morales y materiales.
Dirección Organización	13: Gestión basados en Resultados.	Las Redes Integradas de Servicios de Salud, cuentan con un sistema de gestión basada en resultados.
Dirección Organización	14: Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	Desarrollada una acción intersectorial amplia.

Las definiciones conceptuales y operacionales propuestas fueron consideradas pertinentes en el contexto de las redes de servicios de salud cubanas según consenso

de expertos. En cuanto a los criterios de Moriyama se llegó a establecer la validez de contenido de todas las definiciones propuestas una vez culminadas las rondas de adecuaciones que fueron necesarias.

Discusión

La definición de integración propuesta pretende explicarla como proceso relacionado con acciones de salud que van desde la promoción hasta la reinserción social definiendo explícitamente los componentes de la llamada atención integral de salud. Introduce la temática de la calidad desde tres aproximaciones: eficiencia, eficacia y efectividad que fueron definidas a partir de consenso informal por el grupo experto.^{19,20}

La eficiencia puede ser considerada como la relación existente entre los insumos para los servicios de salud de recursos humanos, soporte logístico y financiero (cantidad, calidad, espacio y tiempo) y los 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.

Así mismo la eficacia puede definirse como la relación existente entre el producto y los resultados en salud tanto para individuos como para grupos poblacionales, 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. Se reduce así, los re-procesos, re-trabajo y el desperdicio, dentro de la viabilidad prevista. Se entenderá la calidad como: reducción de complicaciones, reducción de re-intervenciones, grado de satisfacción del usuario o población, según el caso. Se puede visualizar 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 de salud o estado de salud de la población del sistema. La calidad para los fines poblacionales puede ser interpretada en este caso como el avance en indicadores sociales de salud.

Por otra parte la efectividad se consideró como el balance existente, entre los efectos deseados y los efectos indeseados que genera el producto (acción de salud) 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.

La integración de las funciones de los sistemas sanitarios,^{21, 22} 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 a base de resultados, una estructura de prestación por niveles de complejidad regionalizada, estructura y procesos para la investigación aplicada integrada a las necesidades del sistema, integración de la docencia de pre y post-grado, capacitación y seguridad social.²³ Dispone además, de una compleja red empresarial y de soporte logístico como ya se mencionó y un financiamiento basado en el presupuesto asignado por el Estado con poca presencia, aunque cada vez mayor, de arreglos de financiamiento por autogestión para algunas instituciones.

Existe por ello, según criterio de los autores, una peculiar armonización entre los valores sociales compartidos con relación a la salud, el sistema socio-económico imperante, el cuerpo legislativo y de regulaciones de soporte y el diseño e implementación de un modelo sanitario que utiliza a la Atención Primaria de Salud como estrategia para el logro de sus objetivos.^{24, 25, 26} No obstante, es previsible que surjan y se desarrollen contradicciones 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, su dirección y la gestión para su mantenimiento y vitalidad. Contradicciones que pueden generar escenarios no favorables para el logro de los objetivos de salud trazados para la nación.

La implementación y desarrollo de un sistema altamente integrado para la salud en Cuba, no impide que surjan fenómenos atribuidos a la fragmentación²⁷ como son: dirección y administración ineficientes;²⁸ dificultades en el acceso a los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad en la atención y la aparición de listas de espera^{29, 30} la entrega de servicios de cuestionable calidad técnica en cuanto al cumplimiento de las normas, procedimientos y manuales de buenas prácticas;³¹ la implementaciones de programas verticales que no se integran en la práctica del primer nivel de atención;^{32, 33} dificultades en el uso compartido de la información para la toma de decisiones;³⁴ deficiente desempeño profesional y técnico;^{35, 36} falta de recursos de soporte y humano;³⁷ problemas con la participación social en salud;³⁸ el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles que incluye medicamentos;^{39, 40} el incremento innecesario de los costos de atención a la salud por duplicación de complementarios, remisiones innecesarias para la atención en el segundo y tercer nivel de complejidad de problemas que pueden ser resueltos en el primer nivel de atención, ambos temas aún no estudiados en Cuba y baja

satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, en muchas ocasiones bien justificada.⁴¹

Entre las posibles fallas de integración, que generan fragmentación en el medio sanitario cubano se pueden mencionar: la no utilización o utilización parcial de los procedimientos de referencia y contrarreferencia, las dificultades con la conducción estandarizada de la información sobre los pacientes a través del sistema de servicios a la salud, la coordinación fragmentada para la solución de problemas de salud, el enfoque fragmentado de procesos en la gestión y la administración, el no cumplimiento de la política de cuadros, la falta de comunicación entre los servicios tanto horizontalmente como verticalmente, poca atención al capital humano del sector, debilidades en el comprometimiento con la misión y valores del personal que labora en el sector, problemas con el acceso a determinados servicios por parte de la población y los gestores, entre otras posibles; por otro lado, la incidencia de la fragmentación en las redes de servicios ha provocado la duplicación de exámenes de laboratorio, aumento de los costos con afectación en la eficiencia del sistema, pérdida de tiempo en la gestión de recursos y, por lo tanto, impactos negativos a la economía nacional.⁴²

Dadas las singularidades del sistema sanitario cubano y su red de servicios de salud y tomando en cuenta la falta de referentes en cuanto a publicaciones que aborden definiciones adecuadas a contextos nacionales que permitan el abordaje de la integración como objeto de estudio en investigaciones de sistemas y servicios de salud, los autores consideran una limitante de esta investigación la dificultad para contrastar sus resultados con otras publicaciones fuera de lo declarado en cuanto a las definiciones de integración que se recogen en la bibliografía consultada.

Conclusiones

Se produce una definición conceptual y un conjunto de definiciones operacionales de Redes Integradas de Servicios de Salud que permitirían desarrollar investigaciones en sistemas y servicios de salud para el contexto particular del modelo cubano de Atención primaria de Salud.

La integración de las redes de servicios de salud es una condición deseable debido a que la fragmentación genera manifestaciones que deterioran su desempeño. Estas manifestaciones pudieran ser la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención lo que logra 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; pérdida de información,

pérdida de tiempo, gasto de bolsillo de los pacientes para gestionar la solución de sus problemas de salud y demora en el acceso a servicios.

El procedimiento para la generación de definiciones conceptuales con respecto a la integración puede ser utilizado en el contexto latinoamericano teniendo en cuenta las peculiaridades de cada país.

Referencias bibliográficas

1. De Souza Minayo MC. Conceptos para la Operacionalización de la Investigación. En: La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2009.p. 146-7.
2. Putnam H. The meaning of "meaning", en Mind, Language and Reality. Cambridge University Press; 1975. p. 218-27.
3. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Formulación de Hipótesis. En: Del Bosque Alayón RA, Islas López N, Rocha Martínez MI, editores. Metodología de la Investigación. México DF: McGraw-Hill; 2006. p. 121-53.
4. 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. Ministerio de Salud Pública; 1983. p. 217-33.
5. Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública 2003; 29(2):157-69.
6. López Puig P. El sistema de salud en Cuba: Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1997 Dic [citado 19 oct 2012]; 23(1-2): 5-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34661997000100001&lng=es.
7. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Mar [citado 18 oct 2012]; 35(1): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662009000100004&lng=pt.
8. Nuño-Solinis R. Un breve recorrido por la atención integrada. Revista de innovación sanitaria y atención integrada. [Internet]. 2011; [citado 28 marzo 2012]; 25 (1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://pub.bsaut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=risai>

9. Martínez- Sahuquillo ME, Echevarría MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA». *Rehabilitación (Madr)* 2001; 35(6): 388-92.
10. 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: OPS; 2010.
11. Beltramino R. Los Sistemas Complejos. Las posiciones de Rolando García y de Friedrich A. Hayek. [monografía en Internet]. [citado 12 Nov 2013]. Disponible en: http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/ponencias/Actas%20XIII/Trabajos%20Episte/Beltramino_trabajo.pdf
12. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Documento de Trabajo 353 [monografía en Internet]. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997 [citado 12 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>
13. García Fariñas A, Álvarez Pérez A. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2006 Jun [citado 19 oct 2012]; 32(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662006000200010&lng=es.
14. 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: OPS; 2009.
15. Gálvez González AM, Álvarez Muñiz M, Sarduy Domínguez Y, Morales Laberón M. Diagnóstico de la evaluación económica en salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2004 Mar [citado 12 oct 2012]; 30(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So8643466200400010003&lng=es.
16. Resolución CD 49/r22. 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: POS; 2009.
17. Márquez M, Sansó Soberats F, Alonso Galbán P. *Medicina General Medicina Familiar. Experiencia Internacional y Enfoque Cubano*. La Habana: ECIMED; 2011.
18. Ministerio de Salud Pública. *Objetivos de trabajo e indicadores 2011*. [monografía en Internet]. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 22 oct 2012]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/objetivos_trabajo2011/objetivos_minsap_completo.pdf
19. Ministerio de Salud Pública. *Objetivos de trabajo y criterios de medidas del Ministerio de Salud Pública para el año 2012*. [monografía en Internet]. 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>
20. Ministerio de Salud Pública. *Proyecciones de la Salud cubana hasta el año 2015*. [monografía en Internet]. La Habana: MINSAP; 2006 [citado 22 oct 2012]. Disponible en: <http://www.saludplaza.sld.cu/Notas/Proy2015.htm>
21. 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): 421-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252011000400001&lng=es.
22. 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* [Internet]. 2001 Ago [citado 21 oct 2012]; 17(4): 395-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252001000400014&lng=es.
23. Mederos Curbelo ON, León Chiong LJ, 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* [Internet]. 1999 Abr [citado 20 oct 2012]; 38(1): 41-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So034-74931999000100008&lng=es.
24. 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* [Internet]. 1999 Abr [citado 24 oct 2012]; 38(1): 46-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So034-74931999000100009&lng=es.
25. 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 [Internet]. 2008 Ago [citado 20 oct 2012]; 42(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So034-75152008000200005&lng=es.

26. Sánchez L, Pérez D, Cruz G, Silva LC, Boelaert M, Van der Stuyt P. Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*: opiniones de la población en un municipio de La Habana, Cuba. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 20 oct 2012]; 15(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n1/20833.pdf>

27. Luna Morales C, Sierra Pérez D, Gandul Salabarría L. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [citado 26 oct 2012]; 25(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252009000200016&lng=es.

28. Stusser Beltranena R, Rodríguez Díaz A. La informatización de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 Dic [citado 22 oct 2012]; 22(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252006000400012&lng=es.

29. Urbina Laza O, Soler Cárdena S, Otero Ceballos M. Evaluación del desempeño del Profesional de Enfermería del Servicio de Neonatología. Educ Med Super [Internet]. 2006 Mar [citado 20 oct 2012]; 20(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21412006000100004&lng=es.

30. 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 [Internet]. 2002 Jun [citado 21 oct 2012]; 28(1): 38-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662002000100004&lng=es.

31. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercussion of the Cuban population's aging on the healthcare sector. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Jun [citado 20 oct 2012]; 32(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662006000200013&lng=es.

32. Sanabria Ramos G. Participación Social y Comunitaria: Reflexiones. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2001 Dic [citado 23 oct 2012]; 27(2): 89-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662001000200002&lng=es.

33. 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 [Internet]. 2008 Dic [citado 20 oct 2012]; 34(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662008000400006&lng=es.

34. Chaviano Moreno M, Sánchez Delgado Z, García Fariñas A. Niveles de eficiencia en las clínicas estomatológicas en Matanzas, Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Dic [citado 20 oct 2012]; 35(4): 117-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662009000400011&lng=es.

35. 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 [Internet]. 2009 Dic [citado 20 oct 2012]; 25(4): 5-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252009000400002&lng=es.

36. Iñiguez Rojas L. Approach to the evolution of changes in health services in Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Mar [citado 21 oct 2012]; 38(1): 109-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662012000100011&lng=es.

37. Gálvez González AM, Álvarez Muñiz M, Sarduy Domínguez Y, Morales Laberón M. Diagnóstico de la evaluación económica en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Mar [citado 12 oct 2012]; 30(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662004000100003&lng=es.