

## **Criterios e indicadores para la caracterización de la integración en el sistema nacional de salud**

### **Criteria and indicators for the characterization of integration in the national health care system**

**Pedro López Puig,<sup>I</sup> Maricela Torres Esperón,<sup>II</sup> Alina María Segredo Pérez,<sup>III</sup> Liuba Alonso Carbonell,<sup>IV</sup> Nelcy Martínez Trujillo<sup>V</sup>**

<sup>I</sup> Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud y en Educación Médica. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Promoción de Salud. Centro Coordinador Nacional de Ensayos Clínicos. La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Licenciada en Enfermería. Máster en Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

---

#### **RESUMEN**

**Introducción** La integración del sistema sanitario cubano puede concebirse como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social, de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con la mayor calidad posible de acuerdo al momento tecnológico e histórico social con que se cuenta. Investigar la integración implica la identificación y validación de criterios que la caractericen y construir indicadores para este fin.

**Objetivos** Identificar los criterios e indicadores de la integración en el Sistema Nacional de Salud cubano.

**Métodos** Se realizó un taller de expertos y su familiarización con las bases conceptuales de la llamada Renovación de la Atención Primaria de Salud y la Integración de Redes y Sistemas de Servicios de Salud como estrategia operacional. Se agruparon los atributos para la integración de acuerdo a funciones inherentes a los sistemas sanitarios: prestación, gestión y financiamiento. Los expertos fueron divididos en grupos, de acuerdo a su perfil profesional y experiencia investigativa en cada una de las funciones. Se aplicó un instrumento para determinar la pertinencia de los criterios incorporados a cada atributo y función y otro para el diseño de indicadores de proceso y resultado.

**Resultados** Los criterios propuestos resultaron considerados pertinentes. Se crearon indicadores de procesos y resultados para las dimensiones, prestación de servicios de salud, gestión y financiamiento.

**Conclusiones** Es posible desarrollar investigaciones en el campo de la integración del sistema sanitario cubano a partir de los criterios incorporados a los atributos para la integración de acuerdo a las funciones básicas de los sistemas sanitarios. Se logró una primera aproximación al cuerpo de indicadores que permitirán realizar estas investigaciones.

**Palabras clave:** Integración de Redes de Servicios de Salud, indicadores, atributos para la integración.

---

## ABSTRACT

**Introduction** The integration of the Cuban health care system may be conceived as management and delivery of services in such a way that the people will receive a permanent flow of promotion, prevention, diagnosis, curing, rehabilitation and social reinsertion services to meet their needs in the course of time, through the various levels of the health system and with the highest possible quality according to the historical and social moment and the technological environment in question. Studying the integration means to identify and to validate those criteria that characterize it and to create the indicators to this end.

**Objectives** to identify the criteria and the indicators of integration in the Cuban health care system.

**Methods** An expert workshop was held to discuss the familiarization with the conceptual basis of the so-called Renovation of the Primary Health Care and the Integration of Networks and Systems of Health Services as an operational strategy. The attributes for the integration were grouped in pursuant to the inherent functions of the health systems, that is, delivery, management and financing. The experts were divided into groups on the basis of their professional profile and research experience in each function. One instrument was used to determine the suitability of criteria added to each attribute and function and another for the design of process and outcome indicators.

**Results** The submitted criteria were considered suitable. Several process and outcome indicators were created for the dimensions *delivery, management and financing* of health services.

**Conclusions** The development of research works in the field of integration of the Cuban health care system is possible on the basis of criteria added to the attributes for such integration in conformity with the basic functions of the health systems. A first approach to the body of indicators that will allow conducting these studies was attained.

**Key words:** Integration of health service networks, indicators, attributes for integration.

---

## INTRODUCCIÓN

Cuba dispone de un Sistema Nacional de Salud que tiene como base la estrategia nacional de Atención Primaria, firmemente afianzada en los principios emanados de Alma-Atá.<sup>1</sup> Recibió, como impulso inicial, las reformas de salud llevadas a cabo en los primeros años de la revolución cubana que tuvieron, como marco propicio, la ética y los principios humanistas del proceso de luchas que culminó el primero de enero de 1959.<sup>2</sup>

La unidad del Sistema Nacional de Salud cubano, principio fundamental en su desarrollo, no debe ser concebida como la propiedad que tienen las cosas de no poder dividirse ni fragmentarse sin alterarse o destruirse;<sup>3</sup> su definición va, hacia la coherencia interna entre el marco constitucional, la Ley de salud y su marco de regulaciones, y el diseño e implementación de un modelo que incorpora, bajo un mismo paraguas organizacional, todas las funciones inherentes a los sistemas sanitarios: prestación de servicios, rectoría y gestión, financiamiento y articulación.<sup>4</sup>

La implementación del modelo, lograda tras los procesos de transformación del estado y sus instituciones que siguieron al triunfo revolucionario, sentó bases organizacionales para el desarrollo de una extensa red de servicios que ha ido creciendo en la medida en que las necesidades poblacionales así lo han exigido.<sup>5</sup>

Esta verdadera integración de dimensiones o funciones, en el modelo sanitario cubano, se puede definir como la *acción y efecto de integrar o integrarse* (constituir un todo, completar un todo con las partes que faltaban o hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo).<sup>6</sup> Su singularidad genera obviamente, un espacio de monitoreo e intervenciones particular suscrito, entre otros posibles factores, por el principio de centralización normativa y descentralización ejecutiva.

Después de estas precisiones podemos entonces considerar la integración como proceso íntimamente vinculado al mantenimiento de la unidad del modelo sanitario cubano.

Es importante ofrecer algunas precisiones conceptuales para el abordaje de la temática que nos ocupa, desde una base teórica común.

Comenzaremos por el término "red" que, en su concepción genérica, hace referencia a un conjunto de entidades (objetos, personas, etc.) conectadas entre sí. Por lo tanto, una red permite que circulen elementos materiales o inmateriales entre estas entidades, según reglas bien definidas.<sup>7</sup>

Por su parte *Elina Dabas*, fundadora y directora de FUNDARED, una fundación para el Desarrollo y la Promoción de las Redes Sociales, la define como *un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que posee*. Este concepto es interesante pues introduce el elemento de ganancia en la eficiencia en el uso de los recursos, que las redes pueden producir.

Por otro lado, se han definido las redes sociales como estructuras que se puede representar analíticamente en forma de uno o varios grafos en los cuales los nodos representan individuos (a veces denominados actores) y las aristas relaciones entre ellos.<sup>8</sup> Existen varias maneras de observar el fenómeno de las redes sociales, pues

estas vienen dadas por diversas circunstancias dentro de una misma organización, ya sean, por filiación, por conocimiento, por contexto o por demanda.<sup>9</sup> Esta área conceptual hace referencia a los tipos de relaciones que se establecen entre los individuos que operan en las redes, para este estudio, redes de servicios de salud.

Por último, se ha planteado por la Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría de Chile que "El concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes".

Un área de precisiones conceptuales gira alrededor del concepto de servicios de salud. Para los fines de esta investigación, "aquellos integrados por personal de salud en forma directa o por otras personas bajo la supervisión de estas; con los propósitos de promover, mantener y/o recuperar la salud".<sup>10</sup>

Finalmente, se considera un sistema integrado de redes de servicios de salud aquel con "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>11,12</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>13</sup> Este concepto trasciende la función prestación al considerar la integración en un sistema sanitario, e introduce el tema de la gestión como componente importante a considerar.

Desde la práctica sanitaria cubana, la red de servicios de salud concibe la integración como "la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social, de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud con la mayor calidad posible, de acuerdo al momento tecnológico e histórico social con que se cuente".<sup>14</sup> Por otra parte, se puede considerar que la estrategia de Atención Primaria de Salud en Cuba,<sup>15</sup> es el instrumento adoptado por el Estado, garante de la salud de la nación, que permite darle salida a los postulados anteriores. Para la anterior afirmación tomamos en cuenta los siguientes elementos:

- Abarca todos los niveles de atención.
- Incorpora los espacios de formación académica de pregrado y posgrado.
- La distribución de redes de servicios, entre los distintos niveles de atención, está concebida para manejar el 100 % de las necesidades de servicios de salud de la población cubana.
- La red de servicios ubicada para cada nivel de complejidad debe canalizar las soluciones a las necesidades de salud del paciente y conducirlo por el resto de los niveles de atención.
- La estrategia de Atención Primaria de Salud concibe manejar integralmente los problemas de salud de la población, y con responsabilidad en individuos, familia y comunidad.

La Organización Panamericana de la Salud, por su parte, está haciendo un llamado a determinar el grado de integración de los sistemas de salud de la región y trazar estrategias locales para la solución de los problemas que se detecten en esta esfera de atención dentro de los sistemas y redes de servicios.<sup>16</sup>

Las causas de este llamado subyacen en que se atribuyen un grupo de efectos indeseables como consecuencia de una práctica no integrada (fragmentada) en las redes de servicios a la salud, que justifican la inversión en tiempo y recursos en este tema entre los que destaca como causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por ende, del bajo desempeño general de los sistemas de salud. La fragmentación puede 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>13</sup> Se atribuyen además, para su estudio, un conjunto de atributos,<sup>17,18</sup> que sirven para orientar y sistematizar la información relevante a los procesos relacionados con la integración en la red de servicios de salud de un sistema sanitario y que hacen complejo el análisis, pues cada uno de ellos puede ejercer influencia sobre el sistema y su red de servicios de forma variable. Se consideran adicionalmente, con el propósito de sistematizar la información, tres funciones o dimensiones inherentes a los sistemas sanitarios: la función prestación, la función de rectoría-gestión, y la función de financiamiento.<sup>4</sup> La función de articulación no se considera, pues la integración es un momento de desarrollo dentro de esta función.

En Cuba la investigación en sistemas y servicios de salud ha estudiado los sistemas de referencia y contra referencia.<sup>19,20</sup> La intersectorialidad,<sup>21,22</sup> los programas de salud, la satisfacción poblacional con los servicios,<sup>23,24</sup> las competencias y el desempeño del recurso humano en el sector de la salud,<sup>25</sup> la pertinencia de los servicios de salud,<sup>26</sup> los costos de atención,<sup>27</sup> entre otros temas que exploran elementos relacionados con la integración<sup>28</sup> del sistema sanitario cubano, pero profundizando en el tema particular y no desde una perspectiva integradora considerando todas las funciones en los distintos niveles de complejidad en que estas se manifiestan.

Caracterizar la red de servicios de salud del sistema sanitario cubano desde la perspectiva de la integración implica la construcción de instrumentos *ad hoc* que deben ser validados por expertos en una primera etapa para su posterior aplicación en el terreno. El propósito de construir instrumentos implica definir los atributos y criterios aplicables al contexto cubano e identificar indicadores a medir dentro de estos criterios, de ahí que los objetivos a cumplimentar en este artículo es la identificación de los criterios e indicadores que permitan la caracterización de la integración en el Sistema Nacional de Salud en el año 2010.

## MÉTODOS

En la Escuela Nacional de Salud Pública, se realizó el 1er. Taller de Expertos para la selección de criterios e indicadores.

La selección de los expertos se realizó mediante muestreo de casos críticos. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Selección de 3 expertos por el equipo de investigación con categoría de doctor en ciencias de la salud, con más de 5 años en esta condición y perfiles de investigación en el campo de investigación en sistemas y servicios de salud, que abarcaran las funciones prestación de servicios de salud, gestión de servicios de salud y economía de la salud.

- Directivos de distintos niveles del Sistema Nacional de Salud de más de dos años de experiencia con la distribución siguiente: dos de nivel nacional (MINSAP), 3 de nivel municipal con cargo de Vicedirector de Asistencia Médica, correspondientes a los municipios de Centro Habana, Plaza y Playa. Para la selección de los municipios se tomó en cuenta el criterio de *oportunidad y factibilidad*. El criterio básico para la selección de estos perfiles fue la experiencia práctica en dirección y gestión de servicios.
- Miembros de los Centros Provinciales de la Escuela Nacional de Salud Pública (CPENSAP) de Cienfuegos y Pinar del Río.

## Procedimiento

Para la construcción de los instrumentos a utilizar en el taller, se siguieron los pasos que se muestran a continuación:

1. Se realizó, por el equipo de investigación, una revisión de la literatura sobre integración de redes y sistemas de servicios de salud, sistemas sanitarios, sistemas de indicadores, validación de criterios y pertinencia.
2. Se definieron 3 dimensiones en las que fueron agrupados los 13 atributos para la integración de redes de servicios de salud propuestos por la Organización Panamericana de la Salud,<sup>18</sup> que son: dimensión prestación de servicios de salud, dimensión gestión de servicios de salud y dimensión financiamiento,<sup>4</sup> que para el contexto cubano fue sustituido por el término "económica"; en las que se agruparon a su vez los criterios que servirían de base para la aplicación del instrumento 1 y la posterior construcción de los indicadores. A cada dimensión se le asignaron atributos y quedaron finalmente 5 atributos en la dimensión de prestación, 7 en la dimensión gestión y 1 en la dimensión económica. Se recopilaron un total de 77 criterios<sup>14</sup> para los 13 atributos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud.
3. A falta de un referente se realizó un diseño instrumental *ad hoc* que diera salida a los objetivos propuestos.
4. Se realizó una consulta sobre el ajuste de los instrumentos diseñados a 3 investigadores auxiliares independientes del equipo de investigación.
5. Se hicieron las correcciones que se consideraron pertinentes.

## Instrumento 1

Para la validación de pertinencia de los criterios a tomar en cuenta para el diseño de indicadores de proceso y resultado (anexo 1), se realizó una revisión sobre el tema "pertinencia" aplicado a varios ámbitos de investigación. En la revisión realizada, cada investigador utilizó el término a partir su propia perspectiva acerca de lo que es pertinente o no para un fin, objetivo o propósito dado. En el caso de este taller se utilizó el concepto que aparece en un diccionario en español.<sup>6</sup> Se identificaron por los investigadores que organizaron el taller, 3 dimensiones dentro de los conceptos: oportunidad, adecuación, conveniencia, que se operacionalizaron y sirvieron para definir escalas de mucho y poco en cada dimensión. Se asignó el valor 1 al criterio poco y el valor 2 al criterio mucho. 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 de 3 o 4. Quedaron al final como criterios pertinentes, aquellos en que el 50 % + 1 de los expertos que participaron en el taller le asignaron puntos para un total de 5 a 6 en la calificación final de cada criterio. Se realizó, adicionalmente, un estudio cualitativo en los criterios que obtuvieron la

calificación de 5 puntos por algún experto, con el objetivo de realizar un segundo proceso de ajuste en su redacción a la realidad nacional.

## Instrumento 2

Para el diseño de indicadores se utilizaron los criterios que fueron considerados pertinentes por el 50 % + 1 de los expertos después del procesamiento de los datos obtenidos (anexo 2). Se utilizaron los criterios considerados pertinentes por los expertos. Los campos de trabajo de este instrumento permiten agrupar varios criterios en un solo indicador de proceso y/o resultado.

No se determinó la pertinencia de las dimensiones y atributos por estar ampliamente documentados en la bibliografía internacional.

## RESULTADOS

El comportamiento por dimensiones fue el siguiente (anexo 3):

Dimensión prestación de servicios de salud (5 atributos):

**Atributo 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, los 9 criterios propuestos se consideraron pertinentes. Más del 76 % de los expertos le otorgó una calificación total entre 5 y 6 puntos, obteniendo la mayor puntuación los criterios 1 y 3.

El **atributo 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; se definieron los 7 criterios como pertinentes, ya que más del 61 % de los expertos le otorgaron puntuaciones entre 5 y 6 puntos, los criterios 4 y 5 fueron los de mayor puntuación.

En el **atributo 3:** un primer nivel de atención multidisciplinaria 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; más del 69 % de los expertos consideró los 8 criterios pertinentes, con mayor puntuación para los criterios 1 y 6.

De igual forma, los expertos en más del 69 % consideraron pertinentes (puntuaciones entre 5 y 6) los criterios definidos para el **atributo 4:** prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios y para el **atributo 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. Los criterios 2 y 4 del atributo 4 y los criterios 3 y 9 del atributo 6, fueron los que obtuvieron mayores puntuaciones.

En la dimensión gestión se agruparon 7 atributos: 5, 7, 8, 9, 10, 11 y 13. Se consideraron pertinentes por más del 69 % de los expertos los 5 criterios del atributo 5, que promueve la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a

lo largo de todo el continuo de los servicios de salud. Los criterios 1 y 2 fueron los de más alta puntuación.

En el **atributo 7**: un sistema de dirección único para toda la red y en el **atributo 8**: participación social amplia, más del 84 % de los expertos consideraron los criterios definidos para cada atributo como pertinentes. El criterio 3 del atributo 8 obtuvo la más alta puntuación.

El **atributo 9**: gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico (4 criterios) y el **atributo 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 (8 criterios), fueron considerados los criterios pertinentes por más del 69 % de los expertos que participaron en el taller. Con mayor puntuación el criterio 1 del atributo 9 y en el atributo 11 los criterios 4 y 6.

En el caso del **atributo 10**: recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red, los 7 criterios fueron considerados pertinentes por más del 53 % de los expertos con mayor puntuación el criterio 6; mientras más del 61 % de los expertos consideraron pertinentes los 3 criterios del **atributo 13**: acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud, con puntuación más alta el criterio 2.

En la dimensión económica se consideraron pertinentes por más del 61 % de los expertos los 6 criterios del **atributo 12**: financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red, donde la puntuación mayor la obtuvo el criterio 1.

En relación con la propuesta de indicadores por dimensiones se obtuvo para la dimensión **prestación de servicios de salud**:

#### **Indicadores de proceso**

- Porcentaje de población urbana, rural y montañosa.
- Porcentaje de población por edad y sexo.
- Correspondencia entre diagnóstico de salud y plan de acción.
- Porcentaje de población *dispensarizada*.
- Se realizan investigaciones con énfasis en investigaciones y servicios de salud.
- Porcentaje de consultas generales y especializadas.
- Porcentaje de visitas al hogar.
- Porcentaje de servicios especializados según DSS.
- Porcentaje de ingresos en el hogar.
- Porcentaje de camas hospitalarias asignadas al territorio.
- Existencia de una red coordinada de servicios de urgencia.
- Sistema de referencia y contrarreferencia.
- Definidos los servicios ambulatorios y estacionarios.
- Definida la accesibilidad a los diferentes tipos de servicios.
- Accesibilidad geográfica.



- Establecida una estrategia de regionalización.
- Definidas las estrategias de promoción y prevención.
- Formación de promotores.
- Capacitación en salud.

### **Indicadores de resultados**

- Área geográfica masificada.
- Informe anual del ASIS.
- Población satisfecha con los servicios.
- Índice ocupacional de servicios.
- Porcentaje de consultas realizadas sobre el total de las planificadas.
- Satisfacción de la población.
- Porcentaje de cobertura de los servicios.
- Documentos estratégicos disponibles.
- Número de promotores formados.
- Capacitaciones realizadas.
- Existencia de servicios diferenciados según las realidades locales.
- Utilización de los servicios según área.

Para la dimensión **gestión** se definieron los indicadores siguientes:

### **Indicadores de proceso**

- Porcentaje de trabajadores que participaron en su confección.
- Porcentaje de trabajadores que conocen la misión y visión del sistema.
- Existencia de un sistema de monitoreo periódico interno.
- Existencia de un sistema de evaluación interno.
- Existencia de normas y procedimientos clínicos y administrativos.
- Conocimiento de las normas por los trabajadores.
- Aplicación de las normas por los trabajadores.
- Existencia de presupuesto adecuado a las actividades de la unidad.
- Análisis y discusión del presupuesto con los trabajadores.
- Conocimiento del presupuesto por los trabajadores.
- Grupo de autocuidado y control, que funciona según cuadro de salud y/o estructura de la población.
- Utilización del ASS como instrumento base para todo el proceso de gestión a partir de la correspondencia entre las actividades planificadas/realizadas con la situación de salud del territorio.
- Secuencia de actividades que promuevan la participación social en los problemas de salud.

- Sistema de gestión institucional y de la red en correspondencia con su complejidad.
- Actividades para el mejoramiento de la calidad en función de las situaciones de cada institución y red.
- Sistema de referencia y contrarreferencia.
- Regionalización diferenciada de los servicios.
- Adecuación del sistema de gestión de recursos humanos en correspondencia con la misión y visión institucional y de la red.
- Gestión de los recursos humanos en función de las competencias necesarias para el desempeño.
- Actividades de control sobre el funcionamiento y uso del sistema único de información en la red de servicios.
- Identificación de los sectores a involucrar para la planificación y desarrollo de las actividades con la salud y la calidad de vida.
- Desarrollo de estrategias locales y globales orientadas al funcionamiento de las actividades intersectoriales.

### **Indicadores de resultados**

- Existencia de la Misión y Visión con las características de integración de la red.
- Análisis y discusión de los resultados de los indicadores de funcionamiento en los niveles de dirección de la red.
- Sistema de control y evaluación de la aplicación de las normas.
- Porcentaje de ejecución del presupuesto en cada epígrafe.
- Grado de afectación de actividades.
- Indicadores relacionados con la modificación de hábitos, conductas y estilos de vida acorde al cuadro de salud.
- Porcentaje de correspondencia entre actividades y situación de salud.
- Efectividad de las acciones realizadas a través de las modificaciones de los indicadores de salud.
- Porcentaje de acciones negociadas a través de la participación social.
- Actividades realizadas en función del mejoramiento continuo.
- Atención continuada de los pacientes por la red de servicios.
- Recursos humanos necesarios e idóneos en función de la Misión institucional y de la red.
- Evidencia de un sistema de planificación y desarrollo de la gestión de procesos basado en el sistema único de información.
- Situaciones de salud enfrentadas o resueltas con acciones intersectoriales.

En la **dimensión económica** se propuso:

### **Indicadores de proceso**

- Cálculo de los gastos por área de desempeño.
- Análisis del presupuesto según objetivos globales.

- Integración del presupuesto según los objetivos y nivel de actividad.
- Control de los subsistemas contables.

**Indicadores de resultados**

- Ejecución del presupuesto según planificación.

Se puede concluir que los criterios propuestos para desarrollar investigaciones en el campo de la integración del sistema sanitario cubano son pertinentes. Con respecto a la primera propuesta de indicadores de proceso y resultado, se deberán realizar talleres sucesivos que refinen los resultados del primer taller y permitan aproximaciones sucesivas al tema.

**Anexo 1**

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

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

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

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

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

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

		<p>Coordinación de los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos relevantes incluidos otros sectores de la economía.</p>				
		<p>Se dispone de una base de datos sobre la comunidad, capaz de actualizarse en el tiempo.</p>				
		<p>Se realiza una planificación actual y futura de los servicios de salud pública y de atención a las personas.</p>				
		<p>Existen procedimientos para la elaboración de proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud a saber: número y composición del personal de salud, recursos de logística, programas y servicios de salud necesarios para cubrir necesidades.</p>				
Prestación de servicios de salud	<p>2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.</p>	<p>Existencia de amplia gama de establecimientos de salud: centros ambulatorios del primer nivel de atención, hospicios, cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados de rehabilitación y hospitalarios.</p>				
		<p>Disponibilidad de todos los niveles de atención tanto ambulatorios como hospitalarios.</p>				
		<p>Capacidad de proporcionar cuidados a eventos agudos, enfermedades crónicas, situaciones electivas y de urgencia e integrar cuidados personales con servicios de salud pública.</p>				
		<p>Enfatizar en los servicios de salud pública, servicios de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad.</p>				
		<p>Promover la proximidad geográfica de las unidades de prestación de servicios lo más cercano posible al lugar de residencia de las personas.</p>				
		<p>Capacidad de adecuarse a las diferentes realidades locales mediante ajustes a la oferta de servicios de salud y el desarrollo de la regionalización en el sistema de prestación.</p>				
		<p>Preocupación por mantener tamaños poblacionales manejables para facilitar acceso a servicios y garantizar la estandarización y calidad de los servicios.</p>				
Prestación de servicios de salud	<p>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</p>	<p>El primer nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo tiempo y durante todo el ciclo vital.</p>				

	<p>de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.</p>	<p>Desarrollo de vínculos profundos con los individuos, la familia, la comunidad y con el resto de los sectores sociales a través de mecanismos evidenciados en la práctica.</p>				
		<p>Se facilita la participación social y la acción intersectorial a través de espacios de intercambio.</p>				
		<p>Existencia de mecanismos normados para la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de todo el sistema de servicios independientemente del sitio de atención.</p>				
		<p>Integración de los cuidados personales 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 derivación.</p>				
		<p>Evidencia del No confinamiento a la provisión de los servicios en los centros de salud y claros procedimientos para la ejecución de los procesos relacionados. (Guías de procedimientos).</p>				
		<p>Programación de la movilidad del personal a lo largo de toda la red de servicios del sistema para garantizar la provisión de cuidados en diferentes sitios como: hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidad en general.</p>				
		<p>Provisión de servicios en el primer nivel de atención por especialistas de distinto orden (conformación de equipos multidisciplinarios).</p>				
<p>Prestación de servicios de salud</p>	<p>4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.</p>	<p>Evidencia de planificación para el ajuste de los servicios en respuesta a las necesidades de salud de la población.</p>				
		<p>Desarrollo de los procesos de sustitución que buscan ofrecer el cuidado de la salud en el sitio más apropiado del continuo de los servicios de salud (desarrollo de ambientes extra hospitalarios).</p>				
		<p>Redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias y reasignación del personal correspondiente (reducción de número de camas y otros), si es posible, de acuerdo a la disponibilidad de servicios ambulatorios y hospitalarios en un área determinada.</p>				
		<p>Desarrollo de procesos que incluyen adopción de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, hospicios y hogares de enfermería.</p>				

		Existencia de una estrategia para proporcionar incentivos financieros y no financieros para tratar el problema de salud en el lugar más adecuado del continuo asistencial, considerando criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, eficiencia y costo-efectividad.				
		Alineación de las asignaciones financieras de las diferentes unidades operativas con los objetivos globales del sistema o la red particular.				
Gestión clínica	5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.	Existen mecanismos de coordinación asistencial evidenciables por normas y procedimientos, así como evidencia documental de la coordinación.				
		Adecuación del tipo de coordinación asistencial al problema de salud. (Instrumentos de coordinación asistencial: normalización de actividades, normalización de procesos y resultados).				
		Estrategia de formación de recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la Red.				
		Desarrollo de la estandarización de procesos y resultados asistenciales aplicados a problemas de salud. (Existencia de guías de práctica clínica, mapas de atención y protocolos).				
		Tecnologías para la coordinación del trabajo ajustadas a necesidades: información vertical, grupos de trabajo interdisciplinarios, gestión de la enfermedad y gestión de casos.				
Prestación de servicios de salud	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.	El cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de las personas.				
		Cuidado en salud personalizado (desarrollo de empatía, respeto y confianza).				
		Proceso de decisión clínica compartido entre el prestador y la persona.				
		Enfoque centrado en los derechos y en ocasiones deberes de las personas/pacientes con respecto a la atención sanitaria.				
		Enfoque familiar y comunitario en la dispensación de servicios y tratamientos.				
		Abordaje de los problemas individuales en el contexto familiar, de redes sociales y culturales y circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan.				
		Participación de la comunidad en la identificación de las necesidades de salud, la planeación y la entrega de los servicios.				

		Desarrollo de iniciativas de base comunitaria donde la comunidad es, al mismo tiempo, la unidad de análisis y la unidad de intervención.				
		Participación comunitaria en el desarrollo de modelos culturalmente apropiados.				
Gestión	7. Un sistema de dirección único para toda la red.	Que esté bien definida y para la toda la red la misión y la visión del sistema, así como los valores y principios compartidos por las partes.				
		Que esté bien estructurada la función de monitoreo y evaluación del sistema, con el objetivo de garantizar un nivel de desempeño adecuado.				
		Evidencia de normalización de las funciones clínicas y administrativas del sistema.				
		Evidencia de asignación presupuestada para asegurar una financiación adecuada para la organización.				
Gestión	8. Participación social amplia. Las Redes de Servicios promoverán actividades que facultan a los individuos, familias y comunidades para que controlen mejor su salud.	Las Redes Integradas de Servicios de Salud estimulan la capacidad de autocuidado de las comunidades a través de la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación de la red.				
		Las Redes Integradas de Servicios de Salud, estimulan la participación social desde distintos niveles de expresión, los que sucesivamente corresponden al intercambio de información, la consulta el involucramiento, es decir, trabajar directamente con las comunidades a través de un proceso que asegure que las inquietudes y aspiraciones del público sean consistentemente entendidas y consideradas; la colaboración y, finalmente, el empoderamiento.				
Gestión	9. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico.	Diseño de gestión de la red adecuados a la complejidad y tamaño del mismo. La gestión de cada unidad operativa responde a un concepto normativo y de reglamento único pero descentralizado de acuerdo a su complejidad.				
		Implementación de sistemas de mejoramiento continuo de la calidad.				
		Evidencia de Planificación y Desarrollo de las líneas de servicio clínico que permiten la conducción continua del paciente por la red de servicios.				
		Evidencia de un sistema de Planificación y Desarrollo de la gestión de procesos.				
Gestión	10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	Disponibilidad de recursos humanos para los servicios diseñados.				
		Disponibilidad de recursos humanos con competencias creadas para el trabajo a realizar.				

		Recursos humanos con un sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios.				
		Planificación del recurso humano necesario al diseño de la red y su proyección futura.				
		Estrategia formativa basada en la formación permanente.				
		Creación de nuevos puestos de trabajo. Adecuación de competencias para los nuevos roles.				
		Desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos.				
Gestión	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.	La Red de Servicios se encuentra integrada por un único sistema de información que abarca el área clínica, financiera, epidemiológica, logística, entre otros.				
		Sistema de información consistente con la misión y objetivos de la Red de Servicios.				
		Gestión de la información orientada a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- situación de salud de la población,</li> <li>- demanda en la utilización de los servicios por grupo de edad,</li> <li>- información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre, información clínica,</li> <li>- información sobre la satisfacción de usuarios,</li> <li>- información económica.</li> </ul>				
Económica	12. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.	Diseño del sistema de incentivos que promueva integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente y preservación de la salud.				
		Cada unidad del sistema tiene conocimientos de los costos de su área de desempeño y se involucra con los costos totales.				
		El presupuesto se integra a partir de los objetivos generales y particulares.				
		Se cuentan con metodologías, normas, reglamentos y/o amparos legales para hacer un diseño de asignaciones flexible así como la movilidad de los recursos económicos y humanos.				
		Se rinde cuenta a todos los actores involucrados (transparencia económica).				
		Existe una propuesta de estrategia para desarrollar el pago por resultados.				
Gestión	13. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	Hay evidencia de una planificación y desarrollo de canales de comunicación y vinculación intersectorial.				



		Existencia de mecanismos para la determinación de los niveles de integración que exhibe el sistema.				
		Existe un plan de capacitación para el desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.				

**Anexo 2.** Instrumento para la propuesta de indicadores

Dimensión	Criterio	Indicadores de proceso	Indicadores de resultado
Prestación de servicios de salud			
Gestión			
Económica			

**Anexo 3.** Distribución de la pertinencia de los criterios según expertos. 2010

Atributos y criterios	Pertinencia			
	No pertinente		Pertinente	
	No.	%	No.	%
<b>Atributo 1</b>				
1,1	0	0,0	13	100,0
1,2	2	15,4	11	84,6
1,3	0	0,0	13	100,0
1,4	2	15,4	11	84,6
1,5	2	15,4	11	84,6
1,6	3	23,1	10	76,9
1,7	3	23,1	10	76,9
1,8	3	23,1	10	76,9
1,9	1	7,7	12	92,3
<b>Atributo 2</b>				
2,1	2	15,4	11	84,6
2,2	5	38,5	8	61,5
2,3	1	7,7	12	92,3
2,4	1	7,7	12	92,3
2,5	4	30,8	9	69,2
2,6	1	7,7	12	92,3
2,7	4	30,8	9	69,2

Atributo 3				
3,1	4	30,8	9	69,2
3,2	1	7,7	12	92,3
3,3	1	7,7	12	92,3
3,4	2	15,4	11	84,6
3,5	3	23,1	10	76,9
3,6	4	30,8	9	69,2
3,7	1	7,7	12	92,3
3,8	1	7,7	12	92,3
Atributo 4				
4,1	4	30,8	9	69,2
4,2	3	23,1	10	76,9
4,3	1	7,7	12	92,3
4,4	2	15,4	11	84,6
4,5	4	30,8	9	69,2
4,6	2	15,4	11	84,6
Atributo 5				
5,1	4	30,8	9	69,2
5,2	3	23,1	10	76,9
5,3	4	30,8	9	69,2
5,4	4	30,8	9	69,2
5,5	3	23,1	10	76,9
Atributo 6				
6,1	1	7,7	12	92,3
6,2	3	23,1	10	76,9
6,3	4	30,8	9	69,2
6,4	2	15,4	11	84,6
6,5	0	0,0	13	100,0
6,6	1	7,7	12	92,3
6,7	2	15,4	11	84,6
6,8	1	7,7	12	92,3
6,9	4	30,8	9	69,2
Atributo 7				
7,1	2	15,4	11	84,6
7,2	2	15,4	11	84,6
7,3	2	15,4	11	84,6
7,4	2	15,4	11	84,6
Atributo 8				
8,1	2	15,4	11	84,6
8,2	0	0,0	13	100,0
8,3	1	7,7	12	92,3

Atributo 9				
9,1	1	7,7	12	92,3
9,2	2	15,4	11	84,6
9,3	4	30,8	9	69,2
9,4	1	7,7	12	92,3
Atributo 10				
10,1	2	15,4	11	84,6
10,2	1	7,7	12	92,3
10,3	1	7,7	12	92,3
10,4	2	15,4	11	84,6
10,5	2	15,4	11	84,6
10,6	6	46,1	7	53,9
10,7	2	15,4	11	84,6
Atributo 11				
11,1	2	15,4	11	84,6
11,2	2	15,4	11	84,6
11,3	1	7,7	12	92,3
11,4	3	23,1	10	76,9
11,5	1	7,7	12	92,3
11,6	4	30,8	9	69,2
11,7	1	7,7	12	92,3
11,8	1	7,7	12	92,3
Atributo 12				
12,1	5	38,5	8	61,5
12,2	2	15,4	11	84,6
12,3	3	23,1	10	76,9
12,4	3	23,1	10	76,9
12,5	4	30,8	9	69,2
12,6	5	38,5	8	61,5
Atributo 13				
13,1	2	15,4	11	84,6
13,2	4	30,8	9	69,2
13,3	5	38,5	8	61,5

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO; 1978.

2. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Fundamentación para el nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad. La Habana: MINSAP; 1975.
3. The free dictionary [Internet]. [citado 12 Oct 2010]. Available from: <http://es.thefreedictionary.com/unidad>
4. 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 [Internet]. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997 [citado 12 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>
5. Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998;24(2): 110-8.
6. Word Reference. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2005 [citado 12 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/integrar>
7. El concepto de red [Internet]. [actualizado 16 Oct 2008; citado 10 Feb 2010]. Disponible en: <http://es.kioskea.net/contents/initiation/concept.php3>
8. Red social [Internet]. [citado 11 Feb 2010]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Red\\_social](http://es.wikipedia.org/wiki/Red_social)
9. Socorro F. Redes sociales. Una aproximación al concepto [Internet]. [citado 11 Feb 2010]. Disponible en: [http://www.degerencia.com/articulo/redes\\_sociales\\_una\\_aproximacion\\_al\\_concepto](http://www.degerencia.com/articulo/redes_sociales_una_aproximacion_al_concepto)
10. Institute of Medicine. Primary care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press; 1996.
11. Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum J. 1993;36(2):20-6.
12. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Integrating health care delivery. Healthcare Forum J. 2000;43(6):35-9.
13. Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. Serie de Informes Técnicos, No. 861. Ginebra: OMS; 1997.
14. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Millán AJ, Fernández Díaz I. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [citado 6 Ene 2011];25(4):86-97. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_25\\_4\\_09/mgi09409.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi09409.htm)
15. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). El Plan del Médico de la Familia en Cuba. UNICEF. UNFPA. La Habana: MINSAP; 1991.
16. World Health Organization. Integrated health services-what and why? Technical Brief No. 1. Ginebra: OMS; 2008
17. 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 Ene 2011];35(4):34-43.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005&lng=es)

18. Organización Panamericana para la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS). Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social (HSS/SP). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2008.

19. Sansó Soberats FJ. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Jun [citado 10 Feb 2010];18(3):236-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=es)

20. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Sistema de referencia y contrarreferencia. Carpeta Metodológica de la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP; 2001.

21. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Mar [citado 10 Feb 2010];35(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=es)

22. \_\_\_\_\_. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

23. Pérez de Alejo B, García Díez P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005 Mayo-Agosto [citado 19 Nov 2010];21(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200003&lng=es)

24. Medina Lorente GM, Vargas Torres JM, Romero Villar R, Crespo Bello EM, Lemes Báez JJ. Satisfacción de la población con el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1998 Dic [citado 19 Nov 2010];14(6):571-80. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251998000600011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600011&lng=es)

25. Segredo Pérez AM, Perdomo Victoria I, López Puig P. Caracterización del desempeño profesional de los egresados de la Maestría en Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2004 Dic [citado 10 Mayo 2011];20(5-6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000500019&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500019&lng=es&nrm=iso)

26. Pérez Maza BA. La equidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Sep [citado 10 Nov 2010];33(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300007&lng=es)

27. Cruz Álvarez NM, Verdial Vidal R, Vázquez Vigoa A, Gamon Morales N. Aplicación del sistema de costo en el policlínico Héroes del Moncada. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1996 Jun [citado 10 Feb 2010];22(1):17-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661996000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100009&lng=es)

---

28. Sanabria Ramos G. Participación social y comunitaria. Reflexiones. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2001 [citado 10 Nov 2010];27(2):89-95. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es)

Recibido: 24 de mayo de 2011.  
Aprobado: 13 de junio de 2011.

*Pedro López Puig*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E. Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba. Teléf.: 643 8782 Ext.: 152. Correo electrónico: [plp@ensap.sld.cu](mailto:plp@ensap.sld.cu)