

Artículo original

Escuela Nacional de Salud Pública

**Integración de la red de salud del nivel primario de atención
Municipio Boyeros**

Network Integration of Primary Health Care. Boyeros Municipality

*Pedro López Puig*¹, *Alina María Segredo Pérez*², *Zoe Díaz Bernal*³, *Julia Pérez Piñeiro*⁴, *Ariel Santana Felipe*⁵, *Liuba Alonso Carbonell*⁶

- 1 Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.
- 2 Máster en Atención Primaria de Salud y en Educación Médica. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.
- 3 Máster en Antropología. Licenciada en Microbiología. Profesora Auxiliar e Investigadora Agregada. Escuela Nacional de Salud Pública.
- 4 Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista de Primer Grado en Bioestadística. Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.
- 5 Especialista en Medicina General Integral. Dirección Municipal de Salud. Boyeros. La Habana.
- 6 Máster en Promoción y Educación para la Salud. Especialista de Medicina General Integral. Investigador Auxiliar. Centro Coordinador Nacional de Ensayos Clínicos.

RESUMEN

Antecedentes: En el nivel primario de atención en salud, la integración transectorial e intersectorial es un imperativo para lograr una red de servicios eficiente, capaz de satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población. **Objetivos:** describir la percepción sobre la integración en la red del nivel primario de atención; así como identificar reservas de mejora para planificar intervenciones en el municipio Boyeros. **Métodos:** Se seleccionó la red de nivel primario de atención del municipio Boyeros. Se establecieron dos grupos, directivos y prestadores. Se elaboró un instrumento para determinar la percepción sobre la integración en ambos grupos. Se exploraron 4 dimensiones, 14 atributos y 76 criterios de integración. Se diseñó un procedimiento estadístico para generar indicadores de integración. **Resultados:** El municipio Boyeros tiene un índice de integración de 0,75. Los atributos 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12; se encuentran por debajo del indicador municipal. Los directivos percibieron la integración con índices generales iguales o superiores a 0,8 en todos los atributos. Los prestadores percibieron la integración con índices por debajo de 0,5 en los atributos 7, 10, 12, 14. Para 47 criterios, se perciben niveles de fragmentación o de integración parcial en la red de servicios que constituyen reservas de mejora de la red a considerar para diseñar intervenciones. **Conclusiones:** La red de salud de nivel primario de Boyeros tiende a la integración. Existen diferencias notables en la percepción de integración entre directivos y prestadores. Se identificaron reservas de mejora en las 4 dimensiones exploradas que implican siete atributos y 47 criterios de integración.

Palabras clave: integración, redes de servicios de salud, nivel primario de atención, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Background: at the Primary Health Care, and cross-sectoral integration is an imperative goal to achieve a network of efficient and able to satisfy the health needs of the population. **Objectives:** to describe the perception of network integration of primary care. To identify improvement reserves in order to propose interventions.

Methods: the network of primary care of Boyeros municipality was selected. Two groups, managers and providers were established. A questionnaire was used to determine the perception of integration in both groups. Four dimensions were explored, 14 attributes and 76 integration criteria. A statistical procedure to generate the integration of indicators was designed. **Results:** Boyeros municipality has integration index of 0.75. Attributes 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, are located below the indicator. Managers perceived integration with overall rates at or above 0.8 in all attributes. Providers integration perceived indices below 0.5 in the attributes 7, 10, 12, 14. For 47 criteria, perceived levels of fragmentation or partial integration into the network of services that constitutes reserves of network upgrade to consider in designing interventions. **Conclusions:** the health network of Boyeros primary level tends to integration. There are notable differences in the perception of integration between managers and providers. Reserves in the 4 dimensions improvement explored involving seven attributes and 47 criteria of integration were identified.

Key words: integration, networks of health services, primary care, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La mejora continua de la integración, en el sistema sanitario cubano es un proceso deseable para el logro de los objetivos y prioridades de trabajo del Ministerio de Salud Pública emitido para el año 2011 ¹, como parte del Plan estratégico nacional de salud hasta el 2015 ².

La red de servicios de salud puede a su vez concebir la integración como “la gestión y entrega de servicios de salud de forma que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social de acuerdo con sus necesidades, a lo largo del tiempo y en los diferentes niveles del sistema de salud, con la mayor calidad posible según el momento tecnológico e histórico social que se viva” ³.

Para el desarrollo de investigaciones en el tema de la integración, se han propuesto cuatro dimensiones, catorce atributos ⁵ y 82 criterios ⁸, ello permite orientar la

búsqueda de información y sistematizar la información relevante al tema en una red de servicios de salud^{3,4}.

Un foco de atención, para una aproximación al tema, lo constituyen las redes de servicios del nivel primario de atención en la estrategia de atención primaria de salud cubana. Estas redes se agrupan territorialmente bajo la dirección y gestión de las direcciones municipales de salud. A su vez, implican un complejo de servicios de salud articulados a partir de las direcciones de los policlínicos para sus respectivas áreas de salud y la Dirección Municipal de Salud (DMS), para los servicios de alcance municipal.

En el caso de la red de servicios de salud de nivel primario en el municipio Boyeros, el proceso de las transformaciones, según declara su Dirección Municipal de Salud, se organizó estratégicamente sobre la base del análisis de la situación de salud, los niveles de actividad de los diferentes servicios, la complejidad del territorio y el intercambio permanente con la población.

Considerando las transformaciones realizadas en el municipio, se pretende determinar el nivel de integración que tiene la red de servicios de salud del nivel primario en el territorio e identificar los atributos y criterios para la integración de las redes de servicios de nivel primario del municipio que pudieran requerir intervenciones para su desarrollo.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal. El universo de estudio estuvo constituido por los directivos y prestadores que laboran en la red de servicios de nivel primario de atención en el municipio Boyeros. Se elige este territorio por criterios de oportunidad.

Fase diagnóstica: Para obtener la información y cumplir los objetivos se realizó un muestreo no probabilístico de casos homogéneos. De esta forma, se aplicó un cuestionario ad hoc, con el objetivo de determinar el momento de integración alcanzado en los procesos de reorganización, compactación y regionalización que se condujeron durante la transformación. El cuestionario fue confeccionado por profesores de la Escuela Nacional de Salud Pública y recoge 82 criterios de integración agrupados en catorce atributos y cuatro dimensiones.

La muestra quedó constituida por 16 directivos y 11 prestadores de servicios de salud del nivel primario de atención en el municipio Boyeros. Se consideraron criterios de inclusión para cada uno de los grupos:

- Criterios de inclusión para los directivos (grupo 1): poseer más de un año de experiencia en el cargo, haber participado del proceso de transformación como directivo y demostrar disposición a participar en el estudio.
- Criterios de inclusión para los prestadores (grupo 2): poseer más de cinco años de graduado de la profesión, demostrar disposición a participar en el estudio, encontrarse laborando en el área de salud en el momento en que se aplicaron las transformaciones.

Técnicas y procedimientos para el procesamiento de los datos

Primero: se estableció la distribución porcentual de las respuestas emitidas por los encuestados para cada una de las categorías establecidas, según su función (directiva o de prestación).

Segundo: se asignó a cada respuesta relacionada con los criterios, un puntaje entre 0 y 2, se otorgó el menor valor a la fragmentación y el mayor a la integración.

Tercero: se calculó el puntaje máximo a obtener para cada criterio de acuerdo con el total de encuestados de forma colectiva (puntaje ideal) y se determinó el puntaje real para cada criterio para, a partir de ellos, calcular el puntaje alcanzado por el atributo al que pertenecen.

Se consideraron por el equipo de investigación, los siguientes rangos para la evaluación final del criterio en cada categoría:

- Red fragmentada: < 50% del total posible.
- Red parcialmente integrada: entre el 50-80% del total posible.
- Red integrada: > 80% del total posible.

Tercero: construcción de los índices de integración de la red de servicios.

Se construyó el Índice de integración para cada atributo (IIF) según grupo (directivos - prestadores), el índice de integración para cada atributo (IA); y el índice general de integración (IGI) del municipio estudiado.

En los tres índices se consideró la siguiente escala para el análisis:

- Red fragmentada: < 0.5 del total posible.
- Red parcialmente Integrada: entre el 0.5-0.8 del total posible.

- Red integrada: > 0.8 del total posible.

Se calculó el índice general de integración del atributo (IA) y el índice general de integración de la red de servicios del territorio (IGI) ⁵.

Se establece en el cálculo del índice general de integración, para este caso, por consenso de los investigadores, en un nivel de 0,5 para la valoración del momento de integración que exhibe la red estudiada.

Se utilizó, para identificar las reservas de mejora, aquellos criterios con índices de integración por debajo de 0,5 identificados por más del 50% de los prestadores y directivos.

RESULTADOS

En la percepción de integración en la red de servicios de salud del primer nivel de atención en el municipio Boyeros, para cada atributo evaluado, según grupos de estudio (tabla I), los resultados difieren entre ambos grupos y fue mayor la integración percibida por los directivos. Los prestadores solo percibieron integrado el atributo 8, que hace referencia a la participación social en la toma de decisiones en materia de salud, mientras que los directivos percibieron integración en todos los atributos.

Tabla I. Índice de integración por atributo según función. Boyeros 2011

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

Fuente: cuestionario.

Entre los atributos que se percibieron fragmentados por los prestadores, se destacó por su bajo índice de integración, el atributo 10 con un IA=0.3, referido a la planificación de los recursos humanos que garantizaría la existencia de personal de salud suficiente, competente y comprometido con el sistema nacional de salud y sus políticas.

Otro atributo, que resalta por su bajo índice de integración según la percepción de los prestadores, (0.42) fue el 12, que hace alusión al desarrollo de mecanismos de control del presupuesto y la adecuación de los gastos a las necesidades de los territorios.

De manera general los prestadores perciben fragmentación para cuatro atributos (10, 11, 12 y 14), mientras que, los directivos no percibieron ninguno en esta condición. La integración parcial de la red fue percibida en 9 atributos según los prestadores, asimismo la red integrada, se percibió, por parte de los directivos, en 13 atributos.

El índice general de integración para cada atributo (tabla I) mostró que existía percepción de integración parcial para 11 de ellos, mientras para tres atributos la red se percibió integrada. El mayor índice de integración (0,86) fue para el atributo 13, ello significa que la red de servicios de salud dispone de un sistema de gestión basado en resultado. El menor valor obtenido correspondió al atributo 10, con 0,64, que se refiere a la planificación y garantía de los recursos humanos necesarios.

Al analizar el índice general de integración del municipio (0,75), se encontró que la red de servicios de salud de Boyeros está en un momento de integración favorable (tabla I) aunque con reservas de mejora en varios atributos de la integración y sus criterios. En este sentido, siete atributos presentaron índices de integración por debajo del valor alcanzado por el municipio, estos fueron: 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12.

Más del 50% de los participantes del grupo 2 (prestadores) consideró fragmentados los criterios que refleja la tabla II, los que deberán tomarse en cuenta para posibles intervenciones.

Tabla II. Criterios con fragmentación en la red, según percepción de encuestados. (grupo 2). Boyeros 2011

| Atributo | Criterio | % Percepción de fragmentación (n=11) |
|----------|--|--------------------------------------|
| 3 | Se facilita la participación social y la acción intersectorial a través de los espacios de intercambio establecidos. Se promueve el desarrollo de nuevos espacios. | 54,5 |
| | Se aplican los mecanismos normados para la coordinación de interconsultas y del flujo de información a través de todo el sistema de servicios con independencia del sitio de atención. | 54,5 |
| 5 | Se aplican tecnologías de la información y las comunicaciones para la coordinación del trabajo entre distintos niveles de complejidad tanto intrasectorial como intersectorial ajustado a necesidades. | 63,6 |
| 10 | Garantizada la disponibilidad de recursos humanos con competencias creadas para el trabajo a realizar. | 54,5 |
| | RRHH con un sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios. | 54,5 |
| | Planificación del recurso humano necesario al diseño de la red y su proyección futura. | 63,6 |
| | Estrategia formativa basada en la formación permanente. | 54,5 |
| | Desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos. | 54,5 |
| 12 | Propuesta de sistema de estímulos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente. | 63,6 |
| | Se trabaja en propuesta de estrategia para desarrollar del pago por resultados en los cargos en que es posible. | 63,6 |

Fuente: cuestionario.

DISCUSIÓN

La integración percibida por directivos y prestadores tiene algunas de sus fuentes, en las peculiaridades estructurales y de proceso de la red de servicios municipal;^{8,9} los sistemas de relaciones sociales históricamente construidos entre los directivos y prestadores; la cultura organizacional de la red municipal y de cada unidad organizativa; las complejas interrelaciones entre la población, los prestadores y directivos; la vivencia cotidiana del acto de prestar servicios de salud o dirigir en un contexto particular; los factores externos al sector salud que influyen en la toma de

decisiones y las acciones a realizar en los municipios; y el estilo de dirección y conducción de procesos que se desarrolló durante el proceso de implementación de las transformaciones entre todos los actores con autoridad para dirigir, tanto dentro como fuera del sector.

Si bien existen reservas de mejora, la red se articula para favorecer los servicios de salud que la población necesita y el país demanda. Existen, no obstante, diferencias entre los dos grupos estudiados (directivos y prestadores) con respecto a la percepción de integración para criterios y atributos. Aunque podrían ser muchas las explicaciones para esta disparidad de criterios, y que podrían estar incidiendo solapadamente, las posiciones diferentes, que ocupa cada grupo en el diagrama social de su actuación parecen ser fundamentales para la lectura de este fenómeno. La integración de las redes de servicios de salud es una condición deseable ³, porque la fragmentación, genera manifestaciones que deterioran su desempeño como son: falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, que puede ser causa de un aumento de la tensión en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud por parte de la población y los prestadores; pérdida de información, pérdida de tiempo, aumento del gasto de bolsillo de los pacientes y demora en el acceso a servicios.

Algunos ejemplos tomados de la vivencia del autor principal de este trabajo, incluyen el uso de Servicios de Urgencia para tener acceso a la atención especializada, con ello se elude la Consulta Ambulatoria y se sobrecargan los Servicios de Urgencia hospitalarios, la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en el área de salud municipal, de la policlínica o la prolongación de la estadía en los hospitales, por dificultades para dar de alta a los enfermos con problemas sociales.

En investigaciones realizadas, la fragmentación de los servicios de salud se percibe como un problema grave, tanto por los directivos y prestadores del primer nivel de atención como por los de la atención secundaria ⁶⁻⁸; ejemplo, el 22% de los encuestados del primer nivel de atención y 35% de los gestores/prestadores de la atención especializada, consideraron que los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los niveles de la atención funcionan adecuadamente. Con respecto al sitio de la atención, los encuestados señalaron que cerca del 52% de los pacientes hospitalizados podrían ser tratados fuera del entorno hospitalario. Por último, sólo el 45% de los entrevistados del primer nivel de atención señalaron que

los pacientes fueron examinados por el mismo médico/equipo de salud, es decir, pocos disponen de una fuente estable de atención.

Los criterios donde se percibió mayor nivel de fragmentación, pueden constituir, según criterios de oportunidad y factibilidad, una oportunidad para diseñar intervenciones, que generen respuestas integradas e integrales a los problemas de salud del territorio donde la participación social y la acción intersectorial cobra mayor importancia⁹⁻¹². La influencia de las determinantes sociales en la salud de las poblaciones¹³, debe considerarse cuando se pretenden elaborar estrategias que busquen un alto impacto, no solo en los indicadores sanitarios, sino también en la satisfacción de los usuarios y prestadores de la red.

A criterio de los autores, un tema que necesita impostergable atención, es el relacionado con los sistemas de estímulos, tanto morales como materiales, que se vinculen con resultados de trabajo. Muchos de los aspectos anteriormente tratados se escapan de la capacidad de gestión directa de la dirección de la red municipal, pero deben considerarse para futuras intervenciones y estudios.

Se concluye que la red de salud de nivel primario del Municipio Boyeros tiende a la integración, aunque se aprecian diferencias notables según la percepción de integración entre directivos y prestadores.

Existen reservas de mejora en las cuatro dimensiones exploradas, que implican siete atributos y 47 criterios de integración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Prioridades y objetivos de trabajo. 2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. [citado 8 feb 2012]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/objetivos_trabajo2011/objetivos_minsap_completo.pdf
- 2 Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Protección de las conquistas de la salud pública cubana ante la crisis financiera y económica mundial. Rev Cub Sal Púb. 2010 [citado 11 ene 2012]; 36(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400008&lng=es

- 3 López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Fernández Díaz IE. Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana. Rev Cub Sal Púb. 2009 [citado 11 ene 2012]; 35(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi09409.htm
- 4 López Puig P, Morales Suárez I, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas S. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev Cub Med Gen Integr. 2009 [citado 12 dic 2011]; 25(4). Disponible desde: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_4_09/spu05409.pdf
- 5 López Puig P, Torres Esperón JM, Segredo Pérez AM, Alonso Carbonell L, Martínez Trujillo N. Criterios e indicadores para la caracterización de la integración en el sistema nacional de salud. Rev Cub Sal Púb 2011 [citado 12 dic 2011]; 37(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_37_04_11/spu05411.htm
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, Opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: OPS; 2008.
- 7 Gutiérrez Triana Y. Satisfacción con los servicios de rehabilitación integral y de ultrasonido en el policlínico Héroes de Corintia, 2007. (Tesis). La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2008.
- 8 Barceló Montiel Z. Satisfacción de la población con los servicios de fisioterapia y rehabilitación. Policlínicos seleccionados del país. 2007. (Tesis). La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
- 9 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 Cub Med Gen Integr. 2004 [citado 13 ene 2012]; 20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500019&lng=es
- 10 Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cub Sal Púb 2004 [citado 10 ene 2012]; 30(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu05304.htm
- 11 Figueroa Pedraza D. Participación comunitaria y salud. Rev Sal Púb Nutr. 2002 [citado 16 may 2012] 3(2). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html

12 Hersch Martínez P. Participación Social en Salud: Espacios y Actores Determinantes en su Impulso. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia. 1992 [citado 16 may 2012]. Disponible

en:<http://www.monografias.com/trabajos29/participacion-social-salud/participacion-social-salud.shtml>

13 Vázquez Navarrete ML, Hernán García M, Delgado Gallego ME, Zapata Bermúdez Y. Participación social en salud, conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. Rev Esp Sal Púb. 2005; 79(6): 697-707.

Correspondencia

Dr. Pedro López Puig. Correo electrónico: plp@ensap.sld.cu