

TRABAJOS ORIGINALES

Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud

Presence of attributes for integration of health services networks

Pedro López Puig^I; Liuba Alonso Carbonell^{II}; Ana Julia García Milián^{III}; Ivonne Elena Fernández Díaz^{IV}

^IEspecialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Promoción y Educación para la Salud. Centro Para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Economía de la Salud. Investigadora Auxiliar. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora de la ENSAP. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La Organización Panamericana de la Salud propone 12 atributos para medir la integración de las redes de servicios, los cuales deben de ser contextualizados a cada país de la región de manera que puedan ser aplicables a cada uno de ellos. Con el propósito de determinar la presencia en el sistema de salud cubano de estos atributos, se realizó esta investigación descriptiva, de corte transversal, en la categoría de investigación en sistemas y servicios de salud. La muestra quedó constituida por 7 provincias del país seleccionadas por un muestreo aleatorio simple. Las variables incluidas respondían a los atributos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud. La mayor parte de los atributos (66 %) fueron visualizados en todos los niveles del sistema de salud, mientras que el 25 % de estos fue señalado en al menos un nivel del sistema. De manera general podemos concluir que los 12 atributos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud como esenciales y necesarios para alcanzar un adecuado funcionamiento en un Sistema Integrado de Servicios de Salud están presentes en

la realidad sanitaria cubana, en todos o al menos 1 de los niveles del sistema nacional de salud. La consulta realizada no produjo nuevos atributos que se consideraran por la parte cubana como esenciales para un adecuado funcionamiento del Sistema Integrado de Servicios a la Salud.

Palabras clave: Redes de servicios en salud, sistemas integrados, niveles de atención.

ABSTRACT

PAHO proposes 12 attributes to measure integration of health networks, which must be contextualized to each regional country so be applicable to each of them. In order to determine presence in Cuban health system is these attributes, a cross-sectional and descriptive research was made in the category of research in health systems and services. Sample included 7 provinces of our country selected by means of a simple randomized sampling. Variables included accounted for the attributes proposed by PAHO. Most of attributes (66%) were visualized at all health system levels, whereas the 25% was signaled in at least a level of system. Generally, we may to conclude that the 12 attributes proposed as essential and necessary to achieve an appropriate functioning in an Integrate System of Health Services, are present in the reality of Cuban Health in all or at least one of the levels of Health National System. Consultation performed has not new attributes considered by Cuban party as essential for a appropriate functioning of Integrated System of Health Services.

Key words: Health services networks, integrated systems, care levels.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud en Cuba tienen sus orígenes en la primera década del siglo XV con la llegada del colonialismo español. El posterior desarrollo del pensamiento sanitario y de las intervenciones para mejorarlos, han estado marcados por un grupo de importantes médicos salubristas, como *Tomás Romay Chacón*, *Nicolás J. Gutiérrez*, *Carlos J. Finlay* y muchos otros que aportaron para Cuba, para toda la América y el mundo concepciones que fueron vanguardia en su época, y que sembraron los primordios del actual sistema de salud cubano.¹

Se dispone hoy de una red de salud y para la salud que tiene como base la estrategia nacional de APS, firmemente afinada en los principios emanados de Alma Ata, y que recibió, como gran 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 que el proceso de luchas que culminó el 1º de enero de 1959 implantó.²

La unicidad del Sistema Nacional de Salud lograda tras los procesos de transformación del estado cubano y sus instituciones, sentó las bases

organizacionales para el desarrollo de una masiva red de servicios de salud, que ha ido creciendo en la medida en que las necesidades poblacionales así lo han exigido. Esta red tiene ante sí el reto de lograr altos niveles de integración; entendida esta 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 con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud».³

Para la realidad cubana tendríamos que hacer modificaciones al concepto y definir un servicio de salud integrado 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 con sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con una calidad, eficiencia y eficacia aceptables, de acuerdo con el momento tecnológico e histórico social con que se cuenta.

La OPS 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. Para ello propone la utilización de un conjunto de 12 atributos para la integración, como punto de partida para el análisis y sistematización de este campo dentro de los sistemas y servicios de salud.⁴ Un punto de partida para la medición del nivel de integración de la red de servicios de salud en Cuba sería la identificación, en los distintos niveles de atención del sistema sanitario cubano, de los atributos propuestos por la OPS.

Tomando en cuenta los anteriores aspectos se justifica la necesidad de realizar esta investigación, con el propósito de caracterizar la presencia en el sistema de salud cubano de los atributos propuestos por la OPS como necesarios para la integración de las redes de servicios en los sistemas sanitarios por niveles de atención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en la categoría de investigación en sistemas y servicios de salud. El universo estuvo constituido por los profesores que integran la plantilla de los Centros Provinciales de la Escuela Nacional de Salud Pública (CPENSAP), y la muestra quedó constituida por los miembros de los CPENSAP de 7 provincias del país seleccionadas por un muestreo aleatorio simple utilizando el paquete estadístico Epidat versión 3,0, siendo estas: Pinar del Río, La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas, Cienfuegos, Camagüey, Las Tunas y Holguín.

Los requisitos a cumplir para la inclusión de los encuestados fueron: ser miembro activo de los CPENSAP, poseer categoría docente y/o nombramiento de metodólogo del sistema nacional de salud, y más de 10 años de experiencia de trabajo en el sistema. Con estos criterios quedó conformada la muestra por un total de 25 expertos. Previo a la aplicación del instrumento diseñado para la recogida de la información, se realizó su validación, teniendo en cuenta los criterios de *Moriyama*⁵ y utilizando a los maestrantes de APS del curso 2008-2010.

Las variables exploradas fueron los atributos propuestos por la OPS como necesarios para conformar redes integradas de servicios de salud en cualquier nivel del sistema nacional de salud,⁶ y se utilizó una escala dicotómica de

presente/ausente para cada uno de los niveles. Una vez que se obtuvo la voluntariedad de los expertos para participar en el estudio y se coordinó con los CPENSAP, se aplicó la encuesta por vía electrónica.

Para el análisis de los datos se emplearon frecuencias absolutas y relativas, y con el objetivo de simplificar la información obtenida se crearon las categorías siguientes: presente en todos los niveles de atención, presente en al menos un nivel de atención, y presente en ningún nivel de atención. En todo momento se respetó el principio de que los resultados de la investigación podrán ser utilizados en las provincias para desarrollar líneas propias de investigación y desarrollo.

RESULTADOS

Una vez procesada la información se muestra en la tabla la distribución de atributos, según su presencia en los niveles del sistema nacional de salud de acuerdo con el criterio de los encuestados. La existencia de una población y/o territorio a cargo bien definido, y un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud como determinantes de la oferta de servicios del sistema, atributo 1, fue visualizado por el 40 % de los encuestados en al menos un nivel del sistema. El 32 % consideró que este atributo está presente en todos los niveles de nuestro sistema de salud.

Tabla. Distribución de atributos, según su presencia, en los niveles del sistema nacional de salud

Atributos	Presencia en el SNS									
	En todos los niveles		En al menos un nivel		En ningún nivel		No Informó		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema.	8	32	10	40	0	0,0	7	28,0	25	100
Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, que incluyen servicios de salud pública, promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y	14	56,0	6	24,0	0	0,0	5	20,0	25	100

tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.										
Un primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.	2	8,0	16	64,0	0	0,0	7	28,0	25	100
Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, que se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios.	11	44,0	9	36,0	0	0,0	5	20,0	25	100
Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios.	13	52,0	5	20,0	0	0,0	7	28,0	25	100
Cuidados de la salud centrados en la persona, la familia y la comunidad territorio.	3	12,0	15	60,0	0	0,0	7	28,0	25	100
Un sistema de gobernanza participativa y único para todo el SISS.	14	56,0	5	20,0	0	0,0	5	20,0	25	100
Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico.	9	36,0	9	36,0	0	0,0	7	28,0	25	100
Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.	20	80,0	0	0,0	0	0,0	5	20,0	25	100
Sistema de información integrado y que vincule a todos los	16	64,0	2	8,0	0	0,0	7	28,0	25	100

miembros del SISS.										
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas existentes.	15	60,0	5	20,0	0	0,0	5	20,0	25	100
Acción intersectorial amplia.	12	48,0	4	16,0	2	8,0	7	28,0	25	100

Por su parte, el atributo 2, relacionado con la existencia de una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, que incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional, está presente, según el 56 % de los encuestados, en todos los niveles de atención, mientras que el 24 % lo ubicó en al menos un nivel.

La existencia de un primer nivel de atención que actúe como puerta de entrada al sistema, y que integre y coordine el cuidado de la salud y resuelva la mayoría de las necesidades de salud de la población, es el requisito al que se refiere el atributo 3, de él, 16 encuestados (64 %) dicen visualizarlo en al menos un nivel de atención, mientras que solo 2 de ellos (8 %) lo ven representado en todos los niveles.

El atributo 4, que presupone la entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extrahospitalarios, está presente, según el criterio del 44 % de los encuestados, en todos los niveles de atención, aunque, por su parte el 36 % lo visualiza en al menos un nivel del sistema.

El 52 % de los encuestados considera la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios, que se corresponde con el atributo 5, y está presente en todos los niveles de atención del sistema de salud cubana, mientras que el 20 % refiere lo está en al menos un nivel. Los cuidados de salud existentes centrados en la persona, la familia y la comunidad, que se proponen en el atributo 6, se visualizaron en al menos un nivel por la mayor parte (60 %) de los encuestados.

Un sistema de gobernanza participativa y único para todo el Sistema Integrado de Servicios de Salud (SISS), es lo propuesto en el atributo 7, en el que más de la mitad de los encuestados (56 %) asegura que en el contexto cubano este atributo está representado en todos los niveles de atención, mientras que el 20 % visualiza su presencia en al menos un nivel. El atributo 8, referido al tratamiento de gestión integrada de sistemas administrativos y de apoyo clínico, el 36 % de los encuestados refiere está representado en todos los niveles. Un valor similar asegura que este atributo está presente en al menos un nivel de atención pero no en todos.

El 80 % (20 encuestados), con respecto al atributo 9, refiere que la disponibilidad de recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema, está presente en todos los niveles de atención de nuestro sistema de salud. La mayoría de los encuestados en relación con el atributo 10 (16 encuestados, 64 %),

considera que la existencia de un sistema de información integrado, que vincula a todos los miembros del SISS está representado en todos los niveles de atención. A diferencia de esto, el 8 % lo ve en al menos un nivel, no así en todos.

Un financiamiento adecuado (atributo 11) y la presencia de incentivos financieros alineados con las metas existentes, se visualiza como necesario y presente en el 60 % en todos los niveles de atención, y el 20 % lo ve representado en al menos uno de los niveles existentes del sistema nacional de salud.

Por último la existencia de una acción intersectorial amplia, que se corresponde con el atributo 12, se consideró presente en el 48 % en todos los niveles de atención. El 16 % lo visualiza en al menos uno de los niveles. Sin embargo, a diferencia del resto de los atributos, existe un porcentaje de encuestados (8 %) que no lo visualiza en ningún nivel.

DISCUSIÓN

En el año 1960 se constituyó el Ministerio de Salud Pública de Cuba por la Ley No. 717 como órgano encargado del estudio de los problemas de salud del pueblo, el que paulatinamente asume la responsabilidad y rectoría de todas las actividades de salud en el país en acciones de promoción de salud, prevención, atención médica, asistencia social y rehabilitación; así como producción, distribución y venta de medicamentos, distribución de equipos y efectos médicos y terapia minero-medicinal, algunas de ellas previamente pertenecientes a otras entidades. La creación de este Ministerio permitió integrar todas las unidades del sector bajo un sistema único, apoyado en los principios de que los servicios que se brindan son de carácter estatal, accesibles para todos los ciudadanos, y garantizan, mediante una red de unidades de diferentes niveles de complejidad coordinadas entre sí en un sistema regionalizado y amparados en la ley del derecho, su uso sin discriminación de ningún tipo.⁷

La integración de todas las unidades conformó una red de instituciones agrupadas en 3 niveles de atención: primario, secundario y terciario, coordinadas entre sí y amparadas en la ley del derecho a su uso, sin distinción alguna para ningún tipo de persona y de manera gratuita. Uno de los principios de este sistema es la territorialidad que logra que cada área de salud en todos los niveles tenga bien definido su territorio y la población que está a su cargo. Este conocimiento permite que los actores del sector salud conozcan las necesidades de salud de su población, y en consecuencia, organicen y planifiquen los servicios de salud que esta necesita (El Plan del Médico de la Familia en Cuba. UNICEF. UNFPA. OPS. OMS. MINSAP. 1991).

A pesar de esto, el resultado encontrado en nuestro trabajo muestra que para algunos este atributo no se visualiza en todos los niveles de atención. La existencia de los 3 niveles de atención, pudiera ser la causa de una visión estratificada del alcance de este atributo, sobre todo, en el contexto de la atención primaria, que fue donde más se visualizó este atributo. Es en este nivel donde se realiza el Análisis de la Situación de Salud (ASS) de la población que atienden, destinado a identificar, analizar y buscar solución a los problemas de salud con la participación activa de la comunidad y la dispensarización. Este método está dirigido a la organización y desarrollo de la atención médica integral. Además, cuentan para el desarrollo de su actividad, con el GBT, integrado por especialistas de medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y psicología, además de contar con técnicos de estadísticas, de

trabajo social, y por una supervisora de enfermería, con la responsabilidad de constituirse como un nivel de referencia para la atención a la salud en la propia comunidad, así como cumplir funciones de apoyo organizativo, de control, de evaluación del trabajo y de formación del especialista en MGI (Programa de Atención Integral al Adulto. MINSAP. 1986). El ASS, herramienta primordial en el trabajo de la atención primaria, permite caracterizar a una comunidad, identificar sus estilos de vida predominantes, así como los principales problemas que afectan a la salud de las personas, desde la óptica de las propias personas, y de esta forma se transita por los diferentes componentes que contiene este atributo.⁸

La oferta en la APS comprende servicios hacia las personas, familia y grupos sociales, de promoción de salud, prevención de enfermedades, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, de forma que se garanticen el alcance de los objetivos de equidad, efectividad, eficiencia y viabilidad del sistema en un marco de calidad.

En el caso de Cuba, el sistema de salud tiene entre sus principales características la atención integral dirigida a dar solución a los problemas de salud de la población. Esto se hace más evidente en la APS, nivel de atención que proporciona una provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizativas, económicas, culturales y emocionales. Coordina, además, la suma de acciones y de esfuerzos de los servicios, e integra la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida mediante el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico.

Para el logro de estos propósitos se sustenta en una amplia cobertura estructural para la oferta de servicios variados. Tal es el caso del policlínico, al cual se subordinan el consultorio del Médico de Familia, los hogares maternos y círculos de abuelos. En ese mismo nivel de atención se encuentran los Centros Municipales de Higiene y Epidemiología y los hospitales municipales. Esta amplia gama de instituciones contribuye a mejorar la calidad de los servicios, al permitir conocer con antelación, la aparición y evolución de factores de riesgo y daños en la salud de la población, así como relacionar la acción sanitaria con otros sectores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de una cultura de vida y salud y del entorno saludable de la comunidad.⁹

La APS es el nivel inicial, básico y central de atención que garantiza la accesibilidad, globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida de las personas, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. El programa del Médico y Enfermera de Familia es el eje central del actual desarrollo de la APS y del actual desarrollo de las estrategias en salud, pues orienta el resto de las estrategias a partir y en función de ellas. Este modelo de atención es la mayor fortaleza y potencialidad de nuestro sistema de salud.

Esta concepción generó un cambio en el proceso y el contenido de la APS en Cuba. En el orden estructural introdujo una nueva institución en la sociedad (el consultorio de Médico de Familia) y acercó más los servicios de salud a la comunidad. Este cambio permite a los proveedores de salud (médico y enfermera) estar «dentro» de la comunidad que debe servir, lo cual le permite conocer y «vivir» el mismo ambiente social y físico que ella, y por lo tanto, está más preparado para modificar los factores de riesgo. Permite, igualmente, con un mayor conocimiento de cada paciente, la inclusión de las redes sociales y las condiciones de vida en la formulación de estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como la detección temprana de enfermedades, todo lo cual contribuye a mejorar el estado de salud de la población. A su vez, el modelo diseña

estrategias propias e innovadoras, como la creación de los Círculos de Abuelos en los barrios, con clases gimnasia, desarrollo personal y apoyo afectivo, así como los Círculos de Adolescentes, con educación y apoyo en el campo de la salud reproductiva. Tiene una cobertura nacional del 99,7 % y su accesibilidad es universal.¹⁰

La entrega de servicios de especialidad en ambientes extrahospitalarios constituye un reto para la implementación de la integración de las redes de servicios en salud en nuestro país. Esto se debe a que existen servicios de especialidad, que por sus características, no pueden realizarse fuera de hospitales. Tal es el caso del servicio de litotricia extracorpórea, rayos X especializados como la TAC y la resonancia magnética nuclear, o la quimioterapia a pacientes oncológicos, entre otros.

La formación de recursos humanos en el sistema cubano de salud se reformó junto con el proceso revolucionario. Se diseñaron planes y programas educativos acordes con la identificación de necesidades de aprendizaje. Se fundaron universidades con sedes en todas las provincias, con personal docente calificado para este fin. En la actualidad este sistema de formación, al igual que el resto de la enseñanza, se ha reorientado a la municipalización. La formación incluye al personal administrativo, asistencial e investigativo. A pesar de ser una estrategia nacional, estos elementos se han visto reforzados en APS, que se constituye en el principal escenario formativo para profesionales y técnicos de la salud, aspecto este que pudiera influir en que la mayor parte de los encuestados refiriera que en este nivel se cumplía este atributo.

Por otra parte, la retroalimentación que debe existir para el buen funcionamiento del sistema entre los 3 niveles de atención, es en el primario en el que más se cumple, con la interrelación policlínico-hospital. La apropiada comunicación entre los profesionales e instituciones de los 3 niveles de atención, de ser adecuadamente encauzada, favorecerá el alcance de niveles de salud mucho más altos para toda la población, y el alcance de adecuados y mejores indicadores de eficiencia. En sentido general, se puede afirmar que la interrelación policlínico-hospital (antes de la Medicina Familiar) y la interrelación consultorio-policlínico-hospital (desde 1984) se ha desarrollado con dificultades.¹¹

Los derechos y responsabilidades de la comunidad referentes al cuidado de su salud han sido enunciados claramente en muchas reuniones internacionales. Por ejemplo, la declaración de Alma Ata afirma: «La población tiene el derecho y la obligación de participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de sus cuidados sanitarios». La salud aparece como un producto social, en el cual sus actores y las acciones trascienden significativamente las fronteras del denominado «sector salud», por lo que se requiere de una respuesta social organizada, sin la cual el enfoque no sería sistémico, y por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo. No discutir junto a la población su situación de salud, o limitar este proceso al sector salud, es como hacer un diagnóstico a escala individual y pretender imponer un tratamiento sin la participación del paciente.¹² Este atributo se visualizó fundamentalmente en APS, y se explica por la ubicación física del consultorio dentro de la comunidad, que permite la evaluación del individuo en su propio contexto social y familiar, elemento que ubica en una posición ventajosa este nivel de atención. A pesar de esto, no se excluye la necesidad del tratamiento del paciente desde la perspectiva individual, familiar y social en el resto de los niveles.

En nuestro contexto se propugna la necesidad del desarrollo de una actitud nueva ante el trabajo en salud, en la cual se han de fundir los elementos de la excelencia

y de la alta tecnología, con la excelencia de la condición humana del trabajador, que siempre esté dispuesto a actuar como un revolucionario integral, como un transformador, lo que garantiza la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno. Los sistemas de redes deben estar acompañados por sistemas de gestión de recursos humanos, materiales, como: medicamentos, instrumental, material gastable, estructurales y financieros acordes con la complejidad y tamaño de la red. Esta complejidad está dada por los procesos que la red ejecuta como consecuencia de la capacidad de la red para resolver distintos problemas de salud de diferentes grados de complejidad.

Los procesos de gestión administrativa y clínica de los sistemas de redes de servicios deben tener un diseño, entonces, que permita establecer la gestión de recursos eficientemente para todas sus necesidades, y deben seguir una lógica de alineación temporal con las necesidades de la red que genere satisfacción y calidad entre usuarios, prestadores y gestores de la red. Es un reto para la salud pública la búsqueda de la mayor racionalidad de las acciones de la política de salud, no perder de vista el objetivo central de sus funciones: la evaluación del impacto sobre la salud de los diferentes programas y procedimientos, y no de sus aspectos puramente económicos, sociológicos y administrativos. En este sentido juegan un papel fundamental las respuestas de la investigación epidemiológica acerca del impacto sobre la salud para la adecuada planificación, organización, dirección y control de los programas de atención en todos los niveles.^{13,14}

La gestión integral de los Recursos Humanos sustenta su principal pilar en la identificación y desarrollo de una serie de competencias básicas que han de ser el motor de la organización y la clave para alcanzar los objetivos. Únicamente aquellas empresas que tienen una estrategia de Recursos Humanos y unos objetivos perfectamente establecidos, consiguen una verdadera implantación del sistema. Nuestro sistema de salud es privilegiado en este aspecto, al contar con recursos humanos competentes y calificados en todos los niveles de atención, de ahí que la mayor parte de los encuestados considere que este atributo está presente en todos los niveles de atención.

Una red de información y comunicación coordinada aumenta la eficacia de la acción pública, mediante la acumulación de conocimiento, y, al mismo tiempo, mejora la eficiencia al reducir los costes de formación de la toma de decisiones. En Cuba, en 1992, como una necesidad de desarrollar las redes académicas apoyadas en la Tecnología de Información (TI) como alternativas de acceso a la información relacionada con las ciencias médicas, se creó una red integrada de acceso y gestión de la información y el conocimiento de salud, que contribuye al mejoramiento de la atención clínica, la docencia, la investigación y la gestión de salud (INFOMED).¹⁵ Además, existe un sistema de estadística nacional, al que llega, desde todos los niveles de atención, la información referida a la salud. A este tienen acceso las instituciones del sistema para mantenerse actualizado en lo referente al estado de salud de la población, la demanda de servicios, y la información económica, de manera que permita la toma de decisiones oportunas, racionales y acordes con las necesidades de salud y misión y objetivos del sistema.

La prestación de cuidados para la salud forma parte de un complejo médico e industrial con costos exorbitantes, por ello es importante que los criterios de ordenación de recursos se adecuen a las necesidades sanitarias de la población, a la oferta de servicios y a su demanda previsible. Las modificaciones del financiamiento del sector de la salud han pasado de buscar exclusivamente la sostenibilidad financiera, a intentar lograr el acceso equitativo a servicios de calidad. En nuestro país la disponibilidad de recursos para el sector salud es responsabilidad del Estado, en tanto que es este quien presta servicios de forma

gratuita a la población. Esta forma de asignación de recursos, a través de las unidades presupuestadas e integradas a partir de los objetivos globales y acorde con la misión y visión del sistema, explican el por qué este atributo fue visualizado por la mayoría de los expertos en todos los niveles de atención.

La salud no es un problema sanitario solamente, sino la expresión de vida de la estructura social concreta, y para alcanzarla se precisan acciones sectoriales, y fundamentalmente intersectoriales. La importancia de la intersectorialidad para los sistemas de salud es aceptada y defendida ampliamente, sin embargo está demostrado que falta mucho aún para pasar del discurso a la acción, y en consecuencia, a los buenos resultados, los cuales serán mayores en la medida que se logren descentralizar estos procesos y acercarlos, cada vez más, al ámbito local y comunitario, y que los sectores cuenten con el poder y libertad de acción suficiente para, conjuntamente, enfrentar los problemas cuyas soluciones permitan alcanzar sus propósitos.¹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998; 24(2): 110-8.
2. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es&nrm=iso. Consultado 24 de Agosto de 2009.
3. OMS. Integrated health services - what and why? Technical Brief No. 1; 2008.
4. OPS. Documento Oficial No. 328. Propuesta del plan estratégico 2008-2012: octubre 2007. Serie de documentos de planificación de la OPS. Washington D.C.; 2007.
5. Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968.p.593.
6. OPS. 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 DC; 28 de Octubre de 2008.
7. Ramírez Márquez A, Castell-Florit Serrate P, Mesa G. El sistema nacional de salud de Cuba. ENSAP, 2003. Boletín de información para directores de salud. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/09_el_sistema_nacional_de_salud.doc Consultado Marzo de 2009.
8. Batista Moliner R, Feal Cañizares P. Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. En: Epidemiología en la Atención Primaria de salud. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.308.
9. Ramos Rodríguez BN. Enfoque conceptual y de procedimientos para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud Pública.

2005; 31(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/_spu/ vol 31_4_05/spu14405.htm Consultado febrero de 2009.

10. MINSAP. Anuario estadístico. 2007. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2007> . Consultado Mayo de 2009.

11. Rojas Ochoa F. La necesidad de una adecuada interrelación consultorio-policlínico-hospital. Editorial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0152002.htm Consultado 15 de Mayo de 2009.

12. Sansó Soberats FJ. El proceso de análisis de la situación de salud no debe ser privativo del nivel primario de atención. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(6): 517-9.

13. OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington DC, 1992. Publicación científica No. 540.p.237-43.

14. OPS. El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Washington DC, 1988. Publicación Científica No. 505.p.1055-73.

15. Infomed. Red Telemática de Salud en Cuba. Disponible en: <http://www.cubasolidarity.net/infomed/bvs.sld.cu/infomed/acercade.html> Consultado Abril de 2009.

16. Castell Florit-Serrate P. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. Rev Horizonte Sanitario. Publicación Científica Universidad Autónoma de México. 2003 Sept-Dic; 2(3).

Recibido: 15 de mayo de 2009.

Aprobado: 8 de junio de 2009.

Dr. *Pedro López Puig*. ENSAP. Calle Línea, esquina I, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

E mail: plpuig@infomed.sld.cu