



## Estrategia de perfeccionamiento de la intersectorialidad tecnológica gerencial para mejorar el programa de medicina familiar

Strategy to improve managerial technological intersectorality to improve the family medicine program

Lilian María Aparicio Meneses<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4297-7157>

Orlando Hernández Méndez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9274-5899>

Yurisel Miguel Rafael-Cruz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8069-3772>

Norkis Sánchez Alonso<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5690-658X>

<sup>1</sup>Dirección Municipal de Salud Las Tunas. Las Tunas, Cuba.

<sup>2</sup>Policlínico "Guillermo Tejas Silva". Las Tunas, Cuba.

<sup>3</sup>Dirección Provincial de Salud Las Tunas. Las Tunas, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [apariciolili70@gmail.com](mailto:apariciolili70@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La intersectorialidad aún muestra potencial para el perfeccionamiento de su conceptualización en el contexto gerencial y tecnológico, para alcanzar mejoras en los programas de salud.

**Objetivo:** Diseñar y evaluar una estrategia de perfeccionamiento intersectorial tecnológica gerencial para mejorar el programa de medicina familiar.

**Métodos:** Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención de tipo antes y después, a través de una estrategia perfeccionamiento intersectorial. Del universo de 771 usuarios de la salud se escogió una muestra de 389 por muestreo estratificado proporcional; quedó constituida por 330 de la salud, 38 actores de la comunidad y 21 de otros sectores. Fue realizado en 4 etapas: diagnóstico, diseño y validación,

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



implementación y evaluación. Se estudiaron las variables: nivel de conocimientos, clima organizacional y acciones intersectoriales. Se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes para el análisis de los datos cualitativos y la prueba de McNemar para los resultados de la intervención.

**Resultados:** Resultó pertinente la aplicación de la estrategia en la práctica social por los resultados de la efectividad esperada (9,5). Mejoró el nivel de conocimientos de los profesionales (92,5 %), el clima organizacional en las 3 dimensiones (8,1, 8,2 y 9,3). El 90 % (9) de las acciones intersectoriales resultaron satisfactorias con una asociación significativa entre la intervención y los resultados ( $p= 0,001$ ).

**Conclusiones:** La estrategia diseñada optimiza la intersectorialidad tecnológica gerencial y mejora el programa de medicina familiar en el nivel de conocimiento de los profesionales, el clima organizacional y las acciones intersectoriales.

**Palabras clave:** acciones integradas de salud; intersectorialidad; medicina familiar; servicio de salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** Intersectorality still shows potential for perfecting its conceptualization in the managerial and technological context to achieve improvements in programs.

Objective: Design and evaluate a strategy for intersectoral technological management improvement, to improve the family medicine program.

**Methods:** A quasi-experimental before and after intervention study was carried out, through an intersectoral improvement strategy. From the universe of 771 health users, a sample of 389 was chosen by proportional stratified sampling; It was made up of 330 from health, 38 community actors and 21 from other sectors. It was carried out in 4 stages: diagnosis, design and validation, implementation and evaluation. The variables were studied: level of knowledge, organizational climate and intersectoral actions. Absolute frequencies and percentages were used for the analysis of qualitative data and the McNemar test for the results of the intervention.

**Results:** The application of the strategy in social practice was pertinent due to the results of the expected effectiveness (9.5). The level of knowledge of professionals improved (92.5%), the organizational climate in the 3 dimensions (8.1, 8.2 and 9.3). 90% (9) of the intersectoral actions were satisfactory with a significant association between the intervention and the results ( $p= 0.001$ ).



**Conclusions:** The designed strategy optimizes managerial technological intersectorality, and improves the family medicine program in the level of knowledge of professionals, the organizational climate and intersectoral actions.

**Keywords:** family medicine; health service; integrated health actions; intersectorality.

Recibido: 28/09/2023

Aprobado: 03/05/2024

## INTRODUCCIÓN

Cuba, en su sistema de salud, tiene como estructura la medicina preventiva y sus resultados son excepcionales.<sup>(1)</sup> La idea de Fidel Castro Ruz de crear un médico diferente, con la finalidad de alcanzar nuevos niveles de salud y mayor satisfacción a la población, se materializaron en el médico de la familia, cuyas ideas fundacionales se mantienen vigentes y constituyen la base de su conceptualización.<sup>(2,3)</sup>

El primer nivel de atención tiene un impacto positivo en indicadores de salud que miden calidad de vida. Hoy se reconoce que la atención primaria de salud posee los elementos esenciales para guiar la política de salud; muestra de ello lo constituyó el enfrentamiento a la pandemia de la COVID-19, pues evidenció la validez e importancia del programa de medicina familiar.<sup>(4,5,6)</sup> Independientemente de los logros alcanzados, el programa constituye un modelo en desarrollo, susceptible de mejoras, para enfrentar los nuevos retos y desafíos contemporáneos, en el que perfeccionar la intersectorialidad juega un papel preponderante.<sup>(7,8,9)</sup>

En Cuba existe una historia de acciones intersectoriales, que son reconocidas internacionalmente. Sin embargo, en el programa de medicina familiar el uso de la intersectorialidad como tecnología, es insuficiente y susceptible de ser modificado.<sup>(9)</sup>

En la actualidad temas complejos como: aumento de la expectativa de vida, baja natalidad, envejecimiento poblacional, crecimiento ascendente de enfermedades transmisibles y no transmisibles y



cambios estructurales y funcionales en las familias, constituyen retos y desafíos, sanitarios y sociales para país.<sup>(8,9)</sup>

Para enfrentar estos se precisa desarrollar una mirada renovada a la intersectorialidad, de modo que permita mejorar la calidad de su funcionamiento y a la vez contribuya al perfeccionamiento del modelo de gestión del sistema nacional de salud en las nuevas condiciones del país.<sup>(8,9)</sup>

El objetivo del estudio es diseñar y evaluar una estrategia de perfeccionamiento intersectorial tecnológica gerencial para mejorar el programa de medicina familiar.

## MÉTODOS

### Diseño

Se realizó un estudio cuasiexperimental, de intervención tipo antes y después, en el municipio de Las Tunas, en el período comprendido de diciembre del 2019 a diciembre del 2022.

### Población y muestra

El universo estuvo conformado por 771 usuarios vinculados a la atención primaria de salud, del cual se seleccionó una muestra de 389 sujetos determinada a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times [N-1] + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

N = Total de la población

Z $\alpha$  = 1,96 al cuadrado (si la seguridad es del 95 %)

p = proporción esperada (en este caso 5 % = 0,05)

q = 1 – p (en este caso 1-0,05 = 0,95)

d = precisión (5 %)



Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo con asignación proporcional al tamaño. De la salud se incluyeron los médicos y enfermeras del equipo básico de salud y los profesores. Los actores sociales de la comunidad estuvieron representados por delegados, presidentes de consejos populares, representantes de las organizaciones de masas y otros sectores; quedó distribuida de la siguiente forma: trabajadores de salud  $n= 330$ ; actores de la comunidad  $n= 38$  y de otros sectores  $n= 21$ .

## Variables

- Nivel de conocimientos sobre el programa del médico y enfermera de la familia.
- Clima organizacional: incluyó las dimensiones, comportamiento, estructura y estilos de dirección.
- Acciones intersectoriales: incluyó indicadores de organización (EBS) recibidos por la comunidad, revitalización del movimiento comunidad saludable, discusión de los análisis de situación de salud (ASS), revitalización de los consejos locales por la salud (CLPS), de los grupos comunitarios (GC) y de procesos (capacitación de actores sociales, familia y comunidad, formación de brigadistas sanitarias, modificaciones del cuadro de salud y de las condiciones estructurales de los consultorios médicos de familia (CMF)).

## Procesamiento

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel, para organizar y homogenizar la información. El procesamiento se realizó de forma automatizada con el programa estadístico SPSS en su versión 26.0 para Windows. Se determinaron frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas. Para identificar diferencias antes y después de aplicada la intervención se utilizó la prueba de McNemar. El nivel de confianza se definió en el 95 %, el margen de error determinado fue del 5 % y la significación estuvo determinada por  $p \leq 0,05$ .

## Construcción de la estrategia

La investigación se estructuró en 4 etapas: diagnóstico, diseño y validación, implementación y evaluación.



### **Etapa de diagnóstico**

Para evaluar el nivel de conocimientos se utilizó un cuestionario creado por los investigadores. Para la validación del contenido fueron sometidos al criterio de expertos, mediante la metodología Delphi citada por Cruz R y otros.<sup>(10)</sup> Los expertos en el tema construyeron las preguntas, se aseguraron que no tuviera errores como preguntas confusas o ambiguas, posteriormente se ejecutó una prueba piloto con el 10 % de la muestra, se recolectaron los datos y se exportaron en bruto para curarlos y reducir el riesgo de error, se analizaron los valores mínimos y máximos, se analizaron los componentes y finalmente se validó la consistencia interna de las preguntas.

Constó con 10 ítems y 5 preguntas cada uno referente a las actividades (promoción, prevención y atención médica), dispensarización, ingreso en el hogar, interconsultas, proyección comunitaria, rehabilitación y participación social.

Se otorgó la condición de aprobado cuando 35, de las 50 respuestas, estuvieron correctas.

Se consideró adecuado cuando un 70 % o más de los examinados alcanzaron la condición de aprobado en su cuestionario e inadecuada cuando menos del 70 % de los evaluados resultó aprobado.

Para evaluar el clima organizacional se utilizó el instrumento ECOS-S de Segredo P.<sup>(11)</sup> Contiene una escala ordinal para la clasificación del clima organizacional por 3 dimensiones: comportamiento, estructura organizacional y estilos de dirección y 11 categorías. Se calcula a partir del promedio obtenido con la aplicación del instrumento elaborado. Se considera adecuado: 6 o más; en riesgo: 4 a 5,9 e inadecuado: menos de 4.

Para evaluar las acciones intersectoriales se utilizó el porcentaje según los indicadores y criterios de medida preestablecidos para cada variable.

### **Etapa de diseño y validación**

Fue seleccionado un equipo técnico compuesto por el personal de salud que llevó a cabo la elaboración de la estrategia a través de un muestreo intencional teniendo en cuenta que reunieran los siguientes criterios: 10 años de experiencia de dirección, categoría docente asistente o auxiliar, doctores en ciencias, especialistas de segundo grado, que tuvieran al menos 10 años de experiencia profesional, con disposición a participar en la investigación.



Para la selección de los actores sociales se tuvieron en cuenta las siguientes categorías: posición, interés y el grado de influencia en relación con el nivel de solución de la problemática identificada.

Con el grupo técnico y los actores sociales se creó un grupo focal para el diseño de la estrategia.

La construcción de la estrategia intersectorial siguió el orden siguiente: definición de su base teórica, misión y visión, objetivos estratégicos, acciones intersectoriales, descripción de criterios de medida e indicadores y evaluación.

### **Validación teórica de los expertos sobre la estrategia intersectorial**

Se utilizó el método de consulta con expertos<sup>(12)</sup> a través de 3 niveles de evaluación: Nivel de competencia de los expertos: se calculó el coeficiente de competencia (K) en el tema de investigación, mediante la fórmula:

$$K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$$

Se consideró el coeficiente de competencia alto si  $0,8 < K < 1,0$ .

Fiabilidad y consistencia del contenido teórico-metodológico del instrumento: coeficiente alfa de Cronbach: para definir el grado en que una medida está libre de errores se tuvieron en cuenta los siguientes valores:

Valor mínimo aceptable,  $\alpha = 0,70$  (por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja).

Valor máximo esperado,  $\alpha = 0,90$  (por encima de este valor se considera que hay redundancia).

Nivel de consenso de los expertos: medido a través del coeficiente de Kendall (W), para medir el grado de acuerdo entre los expertos.

El valor W oscila entre 0 y 1, cuando W se acerca a 1, indica el máximo acuerdo entre los expertos.

Por último, se utilizó la matriz de Chanlat, con la finalidad de establecer en el plano teórico la efectividad de la propuesta. Para determinar la efectividad esperada de la estrategia (EEE) se utilizó la siguiente expresión:



$$EEE = \frac{I \times F \times O}{100}$$

Donde:

I- impacto; F- funcionabilidad y O- oportunidad.

Si EEE es mayor o igual de 8, la estrategia se considera fuerte.

### **Etapa de implementación**

El equipo técnico para la implementación de la estrategia estuvo conformado por 6 miembros, con más de 10 años de experiencia profesional, 3 máster en ciencias (50 %), el 66,7 % (4) especialistas de segundo grado en medicina general integral y un 33,3 %, especialistas de primer grado. El 50,0 % profesores auxiliares y el 50,0 % de profesores asistentes.

Participaron además 59 actores representantes de la comunidad y de otros sectores.

Los grupos (técnico y el de los actores sociales) constituyeron el grupo nominal; del resultado de su consenso quedaron elaboradas las acciones que conforman la estrategia:

Misión: Contribuir, mediante una estrategia de perfeccionamiento de la intersectorialidad a mejorar el programa de medicina familiar.

Visión: La estrategia de intervención intersectorial dirigida a mejorar el programa de medicina familiar para elevar el estado de salud de la población y el nivel de satisfacción de la población, se concibe como un esfuerzo solidario integral de todos los sectores de la comunidad y es un referente para el resto de los municipios de la provincia.

Objetivo estratégico: Potenciar las acciones transformadoras de la intersectorialidad con acciones preventivas, coherentes y cohesionadas en las que participen las entidades, instituciones, la comunidad, y las familias.

### **Acciones intersectoriales criterios de medidas e indicadores**

- Recibimiento de los EBS noveles por parte de la comunidad (más del 90 %).
- Revitalización del movimiento de comunidades saludables (más del 80 %).
- Discusión de los análisis de situación de salud con la comunidad (100 %).

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>





- Revitalizar los consejos locales por la salud (más del 90 %).
- Revitalizar los grupos comunitarios (más del 90 %).
- Modificación del cuadro de salud mediante actividades de movilización comunitaria e intersectorial (más del 50 %).
- Capacitación de los actores sociales, familia y comunidad (más del 90 %).
- Formación de brigadistas sanitarias (más del 50 %).
- Modificar las condiciones estructurales de los CMF mediante la utilización de recursos locales, e involucrar a formas estatales y no estatales (más del 20 %).

## **Etapa de evaluación**

Fueron evaluados todos los criterios de medidas e indicadores al año.

## **Consideraciones éticas**

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Dirección General de Salud de Las Tunas. Igualmente se contó con la aprobación y autorizaciones correspondientes del gobierno y el partido del municipio referenciado. En todo momento de la investigación se respetaron los derechos fundamentales de los usuarios y se mantuvo la confidencialidad de la información recolectada.

## **RESULTADOS**

El nivel de conocimientos de los profesionales antes y después de aplicado el cuestionario demostró resultados significativos con un valor de  $p=0,001$ .

Antes de la intervención 190 profesionales (57,5 %) tenían conocimientos inadecuados sobre estos temas, después 176 (92,5 %) de estos elevaron los conocimientos (tabla 1).



**Tabla 1** - Evaluación del nivel de conocimientos antes y después de aplicada la estrategia

Antes	Categoría	Después					Total	
	Nivel de conocimientos	Inadecuado		Adecuado			n	%
		n	%	n	%	n		
	Inadecuado	14	7,5	176	92,5	190	57,4	
	Adecuado	14	10,0	126	90,0	140	42,6	
	Sub Total	28	8,5	302	91,5	330	100	

Prueba de McNemar  $p < 0,001$ .

Concerniente a la evaluación del clima organizacional resalta que de forma global las dimensiones: comportamiento organizacional, estructura y estilos de dirección fueron evaluadas de inadecuadas antes de la intervención con promedios de (5,7, 5,4 y 5,1 respectivamente). Después todas se comportaron de forma adecuada al estar por encima de 6 puntos. Los resultados de McNemar indican que los resultados no son al azar, sino producto de la investigación ( $< 0,001$ ) (tabla 2).

**Tabla 2** - Evaluación del clima organizacional antes y después de aplicada la estrategia

Antes	Dimensiones	Después				Total		Media de la dimensión	
		Inadecuado		Adecuado		n	%	Antes	Después
	n	%	n	%					
	Comportamiento organizacional	n	%	n	%	n	%		
	Inadecuado	35	16,9	172	83,1	207	62,7	5,7	8,1
	Adecuado	15	12,1	108	87,8	123	37,3		
	Subtotal	50	14,9	280	85,1	330	100		
	Estructura organizacional	n	%	n	%	n	%	5,4	8,2
	Inadecuado	35	16,9	182	83,1	217	65,7		
	Adecuado	5	12,1	108	87,8	113	37,3		
	Subtotal	40	14,9	290	85,1	330	100		
	Estilos de dirección	n	%	n	%	n	%	5,1	8,3
	Inadecuado	23	10,0	202	90,0	225	100		
	Adecuado	5	4,8	100	95,2	105	100		
	Subtotal	28	8,5	302	91,5	330	100		

Prueba de McNemar  $p < 0,001$ .



La evaluación de los indicadores de organización y planificación resume que de forma global todos los indicadores alcanzaron resultados por encima de su valor establecido. Se exhibieron mejores resultados para la discusión del ASS con la comunidad (100 %) y la revitalización de los consejos locales por la salud (100 %) y más discretos para la revitalización del movimiento comunidad saludable (84,2 %). El análisis del McNemar demuestra una asociación estadísticamente significativa entre la intervención y los resultados con un valor de  $p= 0,001$  (tabla3).

**Tabla 3** - Evaluación de los indicadores de organización y planificación un año después de aplicada la estrategia

	Indicador	Criterios de medidas	Después				Total	
			Inadecuado		Adecuado		n	%
			n	%	n	%		
Antes	EBS recibidos							
	Inadecuados	≥ 90	1	1,3	77	98,7	78	60
	Adecuados		1	2,0	51	98,0	52	40
	Subtotal.		2	1,6	128	98,4	130	100
	Revitalización movimiento comunidad saludable		n	%	n	%	n	%
	Inadecuados	≥ 80	14	15,8	75	84,2	89	68,4
	Adecuado		1	2,5	40	97,5	41	31,6
	Subtotal		15	11,6	115	88,4	130	100
	Discutir los ASS		n	%	n	%	n	%
	Inadecuados	100	0	0	78	100	78	60
	Adecuado		1	2,0	51	98,0	52	40
	Subtotal		2	1,8	129	99,2	130	100
	Revitalizados los CLPS		n	%	n	%	n	%
	Inadecuados	≥ 90	0	0	4	100	4	80
	Adecuado		0	0	1	100	1	20
	Subtotal		0	0	5	100	5	100
	Revitalizar los GC		n	%	n	%	n	%
	Inadecuados	≥ 90	2	2,6	77	97,4	79	60,7
	Adecuado		1	2,0	50	98,0	51	39,3
	Subtotal		3	2,4	127	97,6	130	100

EBS: indicadores de organización; ASS: análisis de situación de salud; CLPS: consejos locales por la salud; GC: grupos comunitarios. Prueba de McNemar  $p < 0,001$ .



Como se evidencia en la tabla 4 los indicadores de proceso resultaron favorables en 4 de los 5 indicadores evaluados. Existió una asociación significativa entre la intervención y los resultados (< 0,001). Modificar las condiciones estructurales de los CMF no alcanzó el criterio de medida planteado (14,4 de 20 %).

**Tabla 4** - Evaluación de los indicadores de proceso un año después de aplicada la estrategia

	Indicador	Criterios de medidas	Después				Total	
			Inadecuado		Adecuado			
			n	%	n	%	n	%
Antes	Capacitación de los actores sociales, familia y comunidad							
	Inadecuados	≥ 90	1	1,8	56	98,2	57	83,8
	Adecuados		1	9,0	10	91,0	11	16,2
	Subtotal.		2	3,0	66	97,0	68	100
	Formación de brigadistas sanitarias y facilitadores de salud		n	%	n	%	n	%
	Inadecuados	≥ 50	16	15,6	87	84,4	103	79,2
	Adecuado		1	3,8	26	96,2	27	20,8
	Subtotal		17	13,0	113	87,0	130	100
	Modificación del cuadro de salud		n	%	n	%	n	%
	Inadecuados	≥ 50	34	15,8	55	61,7	89	68,4
	Adecuado		1	2,5	40	97,5	41	31,6
	Subtotal		35	26,2	95	73,7	130	100
	Modificar las condiciones estructurales de los CMF		n	%	n	%	n	%
	Inadecuados	≥ 20	71	85,6	12	14,4	83	63,8
	Adecuado		1	2,2	46	97,8	47	36,2
	Subtotal		72	55,4	58	44,6	130	100

La evaluación de la efectividad esperada de la estrategia (EEE) según matriz Chanlat denota una ponderación promedio de 9,5; es mayor para la variable impacto con 9,7 por lo que se considera pertinente su aplicación en la práctica social (tabla 5).



**Tabla 5** - Evaluación de la efectividad esperada de la estrategia según matriz Chanlat

VARIABLES	PROMEDIO	PONDERACIÓN PROMEDIO
Impacto (I)	39,1	9,7
Contribución al logro de los objetivos.	9,6	
Satisfacen las necesidades para lo que fue creada	9,9	
Cantidad de componentes que involucran.	9,7	
Contribución a la institución	9,9	
Funcionabilidad (F)	46,1	9,2
Aceptación esperada.	9,8	
Disponibilidad de recursos.	8,5	
Aseguramiento de la implementación	8,5	
Calidad del proceso.	9,6	
Factibilidad.	9,7	9,6
Oportunidad (O)	38,5	
Demandas del entorno que favorecen a la acción.	9,6	
Necesidad de la estrategia.	9,7	
Urgencia de la necesidad de solución.	9,9	
Apoyo general esperado.	9,3	

## DISCUSIÓN

El programa de medicina familiar constituye en Cuba un ejemplo a seguir en todas las latitudes. La labor desarrollada por los equipos básicos de salud permite alcanzar resultados superiores en el estado de salud de la población cubana, por lo que la educación permanente de los EBS, profesores, cuadros y actores comunitarios constituye piedra angular para desarrollar los procesos de la atención primaria de salud con calidad.<sup>(13,14,15)</sup>

Relacionado con el desconocimiento antes de la intervención, Aparicio ML y otros<sup>(16)</sup> demostraron que muchas veces la presión asistencial del médico de la familia interviene en la génesis del desconocimiento y en la calidad de los procesos, pone en riesgo de vulnerabilidad al EBS, resultados similares a los de este estudio.



Es criterio de los autores que la participación dinámica de los profesionales en las capacitaciones recibidas condicionó los resultados luego de la aplicación de la estrategia. En este contexto es posible que en la medida que estos accedieron de manera sistemática al programa, puedan aplicar los conocimientos en la ayuda a los pacientes en la toma de decisiones y en generar alternativas de solución frente a su realidad concreta.<sup>(16)</sup>

Sin lugar a dudas, con el fortalecimiento de las acciones comunitarias, sociales, familiares e intersectoriales, se logra mejoría en los conocimientos a través de la capacitación efectiva, cambios en los conocimientos, la comprensión y la manera de pensar y puede determinar cambios de actitudes y de creencias tanto del EBS, los profesores y de los actores sociales, resultados que coinciden con otros autores.<sup>(5,16)</sup>

Desde esta perspectiva, según criterio de los autores, a través del sistema integrado de acciones se mejora en los profesionales de la salud, actores sociales y demás sectores, la motivación, comunicación y relaciones interpersonales y de trabajo, el funcionamiento, las condiciones de trabajo y estímulo al desarrollo organizacional, el liderazgo, participación, solución de conflictos y trabajo en equipo, que constituyen elementos favorecedores del clima organizacional, resultados encontrados por *Osorio S* y otros<sup>(17)</sup> que coinciden con la investigación.

La puesta en marcha de políticas públicas saludables y utilizar herramientas aceptables, democráticas y adecuadas a la sociedad garantizan la defensa de la salud y el trabajo por una mayor calidad; respaldan de esta forma la introducción de enfoques participativos en la coordinación intersectorial.<sup>(1,10)</sup>

Los autores consideran que el empoderamiento desarrolla la capacidad de actuación por el compromiso que genera en los diferentes sectores, por lo que resulta promisorio para el perfeccionamiento de la intersectorialidad.

La estrategia permite optimizar la intersectorialidad tecnológica gerencial para mejorar el programa de medicina familiar a través de la puesta en práctica de un programa intersectorial de forma integral, consciente, participativo y sistemático, se logra factibilidad en los indicadores del programa, e impacto comunitario y social al lograr empoderamiento comunitario para la solución de los problemas con mejoramiento en el cuadro de salud, por eso se considera pertinente su aplicación en la práctica social.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell Florit P. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Rev Panam Salud Pública. 2018 [acceso: 24/03/2023]; 42(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpssp/2018.v42/e25/>
2. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2023 [acceso: 24/03/2023]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>
3. Elorza M, Moscoso N, Lago F. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2017 [acceso: 24/03/2023]; 43(3):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/836/898>
4. González Vega SM, Lorenzo González BC, Cabrera Fernández SM. Impacto del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en su 35 Aniversario. INFODIR. 2020 [acceso: 23/04/2023]; 6(33): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.Revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/966>
5. Gallardo Sánchez Y, Yero Quesada Y, Núñez Ramírez L. Impacto de la Medicina Familiar en Granma durante los años 2015-2016. MULTIMED. 2019 [acceso: 13/04/2023]; 23(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1287>
6. Mirabal Requena J, Álvarez Escobar B, Naranjo Hernández Y, Valdés Álvarez V, Saenz Martínez L. Estrategia de autocuidado en los adultos mayores contra la COVID-19 en la comunidad. Panorama Cuba y Salud. 2020 [acceso: 13/04/2023]; 15(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1300>
7. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, et al. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018; 42:e31. DOI: [10.26633%2FRPSP.2018.31](https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2018.31)
8. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: MINSAP. 2022 [acceso: 23/04/2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/editorhome/files/2023/09/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-2023.pdf>

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



9. Castell Florit P, Gispert Abreu E. D. Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018 [acceso: 23/04/2023]; 44(3):1-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300004&lng=es)
10. Cruz Ramírez, M; Rua Vásquez, JA. Surgimiento y desarrollo del método Delphi: una perspectiva cuantitativa. *Biblios* 2018; (71):90-107. DOI: [10.5195/biblios.2018.470](https://doi.org/10.5195/biblios.2018.470)
11. Segredo Pérez A. Instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016 [acceso: 23/04/2023]; 43(1):5-17. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/788/814>
12. Herrera Masó JR, Calero Ricardo JL, González Rangel MA, Collazo Ramos MI, Travieso González Y. El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. *Rev haban cienc méd*. 2022 [acceso: 23/04/2023]; 21(1):e4711. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4711/3037>
13. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública*. 2018 [acceso: 23/04/2023]; 42:e104. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e104/es>
14. Geroy Fernández A, Fernández Vidal A, Núñez Herrera A, López Otero T. La visita integral a la familia. Guía metodológica para su ejecución. *Medisur*. 2019 [acceso: 24/03/2023]; 17(5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000500664](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000500664)
15. García Águila E, Fernández Gregorio T, Yanes Milián B, Méndez Gálvez L, Muñiz Casas I, Pérez Hernández PA. La investigación científica a treinta años de la medicina familiar en atención primaria de salud. *EDUMECENTRO*. 2018 [acceso: 24/03/2023]; 10(3):91-105. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742018000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300007&lng=es)
16. Aparicio-Meneses L, Hernández-Méndez O. Intervención educativa sobre bajo peso al nacer en gestantes. *Archivo Médico Camagüey*. 2022 [acceso: 23/03/2023]; 26(1):e9192. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9192/4487>
17. Osorio-Serrano M, Trueba-Sánchez O, Hidalgo-García Y, Santiesteban-Velázquez A, Torres-Reyes L. Evaluación del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. *Policlínico Alex Urquiola Marrero*,





Holguín, Cuba. Correo Científico Médico. 2021 [acceso: 24/03/2023]; 25(4):[aprox. 10 pant.]

Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3684/1996>

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Curación de datos: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Análisis formal: *Lilian María Aparicio Meneses y Orlando Hernández Méndez.* Adquisición de fondos: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Investigación: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Metodología: *Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez Norkis Sánchez Alonso*

Administración del proyecto: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Recursos: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Software: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Supervisión: *Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez y Yurisel Rafael Miguel Cruz.*

Validación: *Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez y Norkis Sánchez Alonso*

Visualización: *Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez y Yurisel Rafael Miguel Cruz.*

Redacción – borrador original: *Lilian María Aparicio Meneses.*

Redacción – revisión y edición: *Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez.*