

## Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud

### Measuring procedure for the resolute capability of basic health care teams

DrC. Pedro López Puig,<sup>I</sup> DrC. Ana Julia García Milian,<sup>I</sup> Dr. Alina María Segredo Pérez,<sup>I</sup> Dr. Liuba Alonso Carbonell,<sup>II</sup> Dr. Ariel Santana Felipe<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Dirección Municipal de Salud del Municipio Boyeros. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la capacidad resolutive constituye una resultante a tomar en cuenta para mejorar el desempeño de las redes integradas de servicios.

**Objetivo:** diseñar un procedimiento metodológico para evaluar la capacidad resolutive de equipos básicos de salud en el primer nivel de atención.

**Métodos:** investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud realizada entre diciembre 2012 y febrero 2013. Se constituyó un grupo de trabajo en la Escuela Nacional de Salud Pública considerado experto. Se realizó una revisión bibliográfica y documental utilizando el modelo Big 6. Se establecieron escalas que permitieron hacer un análisis de los resultados a obtener. Se contruyó un cuestionario, guía de aplicación y guía para análisis de resultados para su validación en la práctica.

**Resultados:** el instrumento de alcance nacional, puede ser aplicado de forma anual o bianual por el jefe del grupo básico de trabajo y otros, en la modalidad de autoinspección o inspecciones cruzadas. Se examina la evidencia documental recogida en el análisis de la situación de salud, dispensarización e historias clínicas individuales. Se seleccionan 10 historias clínicas al azar, de cada grupo. Debe llenarse por una sola persona entrenada. Se cruzan los aspectos generales y específicos propuestos, lo que permite un análisis en contexto.

**Conclusiones:** la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud se puede medir con herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención. El procedimiento diseñado es un aporte a la integración de las redes en ese nivel de atención. Se recomienda validar el procedimiento y su instrumento de medición.

**Palabras clave:** resolutive, equipos básico de salud, atención primaria, desempeño.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the resolute capability is a quality to be taken into account to improve the performance of the integrated service networks.

**Objective:** to design a methodological procedure to evaluate the resolute capability of the basic health teams at the primary health care.

**Methods:** developmental research study of health systems and services conducted from December 2012 through February 2013. An expert working group was created in the National School of Public Health. A literature and documentary review using Big 6 model was made. Some scales were set to analyze the results to be achieved in addition to the preparation of a questionnaire, an implementation guide and also a guide to analyze and to validate the results in practice.

**Results:** the resulting instrument of national scope may be applied annually or biannually by the head of the basic working team and by others in the self-inspection or cross-inspection variants. The documentary evidence collected from the health situation analysis, the patient classification system and the individual medical histories were all examined. Ten medical records were selected from each group. Just one person should be in charge of filling out the model. The submitted general and specific aspects are crossed, so as to allow a contextual analysis.

**Conclusions:** the resolute capability of the basic working health team can be measured with working tools inherent to the primary health care level. The designed procedure contributes to integrate service networks at that level and it is recommended to validate the procedure and its measuring instrument.

**Keywords:** resolute, basic working health teams, primary care, performance.

---

## INTRODUCCIÓN

En toda organización se dan interacciones entre los elementos que conforman el sistema de trabajo entre todos los grupos de persona que integran sus unidades organizativas, guiadas por mecanismos que exceden fronteras funcionales y estructurales, por tanto, el éxito del policlínico depende cada vez más de la atención que se dé a la interrelación de los procesos que se desarrollan en él. La identificación y análisis de manera integral de los procesos a fin de ser perfeccionados en términos de calidad garantiza una proyección y un desempeño más eficaz y más eficiente.<sup>1</sup>

En la actualidad, una de las maneras de concebir la evaluación de organizaciones es como una investigación de tipo valorativo sujeta a las premisas del método científico propio de las ciencias sociales,<sup>2</sup> y desde una perspectiva amplia se le concede a la misma el alcance para emitir juicios de valor en cuanto desempeño en la realización de los procesos de trabajo a efectos de contrastar elementos favorecedores o que obstaculizan, y en consecuencia, proporcionar aquellos que apoyen a la corrección o no de desviaciones y el fortalecimiento de los logros.

Una de las situaciones enfrentadas ante la interrogante de ¿cómo evaluar la *resolutividad* de los consultorios del médico y la enfermera de la familia (RCMEF)? fue la no disponibilidad de un sistema de evaluación a tal fin.

Las evaluaciones organizacionales llamadas "de diagnóstico"<sup>3</sup> permiten un análisis de la RCMEF desde la perspectiva sistémica, de manera que no se evalúan actividades aisladas, sino dentro del conjunto de procesos que realizan en su escenario de actuación

La capacidad resolutiva se considera como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud.<sup>4</sup> Se han realizado aproximaciones a la capacidad resolutiva desde distintos enfoques asociados al desempeño de las organizaciones. Por ejemplo, la capacidad que tiene un establecimiento o bien una red de ellos, para atender personas que solicitan atención, se ha considerado como capacidad resolutiva vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud. En el modelo cubano de medicina familiar, la distribución de equipos básicos de salud prevé el acceso al 100 % de la población a los servicios de salud del primer nivel de atención.

Los estudios encaminados a determinar capacidad resolutiva en un nivel de atención o servicio, utilizan frecuentemente datos que vinculan la cantidad de derivaciones efectuadas con respecto al total de casos tratados o resueltos. El primer nivel de atención tiene no obstante, un componente interdisciplinar y de coordinación horizontal que genera un marco peculiar de análisis para la generación de herramientas que permitan aproximarse con objetividad a su real capacidad resolutiva.

La capacidad resolutiva en la atención primaria de salud, ha sido abordada en varios estudios, sobre todo entre países con modelos de medicina familiar y un fuerte componente de prestación ubicado en el primer nivel de atención.<sup>5,6</sup>

Cuba tiene un sistema único de prestación integrado<sup>7</sup> que debe resolver, a través de niveles de atención, el 100 % de los problemas de salud de su población. En el modelo cubano, varios autores<sup>8-10</sup> han señalado que si tomamos en cuenta la estructura y el cuadro de morbilidad, el nivel primario de atención debe resolver entre el 80 % y 90 % de los problemas de salud que se presentan, lo que constituiría su capacidad resolutiva ideal. Para ello se dispone de una organización escalonada de prestación, que comienza fundamentalmente en los equipos básicos de salud, que coordinan horizontalmente con el grupo básico de trabajo (GBT) y la estructura de servicios de sus áreas de salud y más allá, del municipio. No obstante, estas afirmaciones han sido hechas en un contexto en que los equipos básicos de salud atendían a 500 o 600 habitantes como promedio y cuando se consideraba que la accesibilidad de la población a los servicios de salud estaba garantizada. En estos momentos, concluido el proceso de redistribución de las poblaciones asignadas, un equipo básico de salud debe atender una población de hasta 1 500 individuos, lo que genera nuevos desafíos para el desempeño que se espera de ellos y su capacidad resolutiva.

La capacidad resolutive que logren los equipos básicos de salud, implica elementos tan importantes a la luz de las actuales políticas del país como son: la eficiencia, entendida como la relación existente entre el vector insumos para los servicios de recursos humanos; soporte logístico y financiero (cantidad, calidad, espacio y tiempo) y el vector productos (cantidad de pacientes vistos o servicios prestados, calidad de la consulta, oportunidad-acceso y tiempo de solución total o parcial de un problema particular de salud); la eficacia, entendida como la relación existente entre el vector producto y el vector resultados (comprendido como resultados en salud tanto para individuos como para grupos).

Se plantea además, que la eficiencia se cuantifica mediante la relación entre los resultados y el valor de los recursos empleados o simplemente como la medida en que las consecuencias de un proyecto de salud son deseables o no (estén justificados o no) desde el punto de vista económico, y la efectividad del trabajo, asumida como el balance existente, entre los efectos deseados y los efectos indeseados que genera el producto durante su realización social. Se vincula además, con la calidad de la articulación horizontal de la prestación, con el desempeño general de la red de servicios municipal y la satisfacción tanto de prestadores, como de usuarios.

Desconocer en un área de salud, la capacidad resolutive de la estructura instalada, es impedimento para el desarrollo de estrategias de mejora de la estructura y procesos en base a información contrastable.

En la atención primaria de salud cubana, no se han realizado estudios que permitan determinar, para un momento histórico concreto dado, la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. Tampoco se dispone de procedimientos metodológicos y herramientas autóctonas que permitan medirla.

En este trabajo, la capacidad resolutive del equipo básico de salud se define operacionalmente, como el resultado evidenciable que puede ofrecer un o conjunto de equipos, de solución o manejo de las necesidades de salud de la población a la que presta servicios, utilizando la estructura y procesos aprobados para el primer nivel de atención. Es pues una resultante que trasciende el espacio del consultorio del médico y la enfermera de la familia (CMF) que integra toda la estructura municipal de servicios a partir de la gestión de los equipos básicos de salud.

Constituye pues la capacidad resolutive una resultante a tomar en cuenta para el mejoramiento de la integración de las redes de servicios, entendiéndose que su mejora permitiría que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con una eficiencia, eficacia y efectividad aceptables para el momento tecnológico e histórico social con que se cuenta.<sup>11</sup>

La "capacidad resolutive" puede ser medida a través de varias de las acciones que se realizan por parte de los equipos básicos de salud y que deben implicar resultados de desempeño en salud para sus poblaciones. Entre ellas podemos mencionar: dispensarización, ingreso en el hogar, análisis de la situación integral de salud (ASIS), ínterconsultas con el GBT, atención médica directa, la atención al enfermo en estado terminal y a su familia y el seguimiento de pacientes atendidos en los niveles segundo y tercerol.

El ASIS es una de las herramientas de los profesionales de la atención primaria de salud. Para la Organización Panamericana de Salud, es la primera función, esencial de salud pública y un instrumento fundamental para evaluar el impacto de las

políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.<sup>12</sup> Debido a su valía se impone como proceso rector en el modelo de actuación profesional de los médicos y enfermeras de la familia.<sup>13</sup>

Los autores consideran que el ASIS, junto con la dispensarización, y de manera especial, marca la diferencia con los enfoques estrictamente biomédicos y clínicos, pues se desarrolla en la comunidad que fundamentalmente identifica y propone estrategias de manejo ajustadas al contexto familiar comunitario o al individuo sobre los principales problemas de salud. Por su parte, la dispensarización ha sido definida como el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, del estado de salud de los individuos y familias.<sup>14-16</sup> Este proceso coordinado y ejecutado por el equipo básico de salud se considera la herramienta básica de la capacidad resolutoria que pueda generarse en el primer nivel de atención.

Con el propósito de establecer una línea de base dentro de una misma área de salud o entre áreas de salud, determinar fallas en la calidad del trabajo que se realiza, controlar por los equipos de dirección el trabajo y disponer de información para generar mecanismos de estimulación basados en resultados demostrados, los autores de este trabajo se trazaron como objetivo diseñar un procedimiento metodológico para evaluar la capacidad resolutoria de los EBS en el primer nivel de atención y como aporte a la evaluación del desempeño de las redes integradas de ese nivel de atención.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud entre los meses de diciembre de 2012 y febrero de 2013.

Se constituyó un grupo de trabajo en la Escuela Nacional de Salud Pública considerado experto, constituido por un doctor en ciencias de la salud, tres profesores e investigadores auxiliares con experiencia de más de 15 años en atención primaria de salud y un vicedirector de asistencia médica municipal, con categoría docente y cursista de la de atención primaria de salud que conduce la Escuela Nacional de Salud Pública.

Se realizó una revisión bibliográfica y documental utilizando el modelo Big 6<sup>17</sup> como modelo de gestión de información en cuanto a las temáticas: capacidad resolutoria,<sup>18</sup> reglamento interno del policlínico, manual de funcionamiento del policlínico, dispensarización, ASIS, carpeta metodológica de la atención primaria de salud, programa del médico y la enfermera de la familia.<sup>16,19-21</sup>

Se siguieron los pasos del modelo (definición de la tarea y definición de estrategias de búsqueda a partir de las palabras claves, localización de resultados de investigaciones y publicaciones con motores de búsqueda,\* selección de la literatura considerada relevante para el tema, realización de síntesis de lo aportado por el tema y evaluación de la calidad de la información obtenida y realización de reflexiones sobre los elementos a incorporar en el trabajo).

Con posterioridad se establecieron escalas que permitieron hacer un análisis de los resultados a obtener tomando en cuenta aspectos generales y específicos.

Los aspectos generales se concibieron como moduladores de la capacidad resolutive de un EBS o conjunto de ellos. Los aspectos específicos se definieron en función de las dos actividades de alto impacto seleccionadas para evaluar la capacidad resolutive: ASIS y dispensarización.

Se contruyó un cuestionario que consta de dos bloques, el primero con los datos generales (población asignada, estabilidad del equipo, estabilidad del GBT y tipo de población) y el segundo, con las variables que permitieron identificar la resolutive. Estas últimas fueron: actualización del ASIS, cumplimiento de las acciones definidas en el ASIS, población dispensarizada por los equipos básicos de salud, capacidad resolutive por grupo dispensarial -cumplimiento de la frecuencia mínima de evaluación-, capacidad salutogénica del equipo básico de salud, entendida como su capacidad para controlar padecimientos crónico, atenuar factores de riesgo o mantener la salud d individuos.

El procedimiento y sus instrumentos fueron sometidos a validación en cuanto a validez de apariencia por criterio de expertos utilizando consenso informal. Los expertos fueron cinco y se seleccionaron en acuerdo con los siguientes criterios: más de 15 años de experiencia de trabajo en el primer nivel de atención, profesor auxiliar o titular de atención primaria de salud, reconocido prestigio nacional en el campo de la atención primaria de salud, más de cinco publicaciones relacionadas con la organización de servicios en la atención primaria de salud. Las recomendaciones realizadas por los expertos fueron tomadas en cuenta para hacer modificaciones tanto al procedimiento para la captura de la información, el instrumento de recogida de datos y la calificación de los resultados y su interpretación.

Una limitante metodológica es no haber realizado pruebas de validez de contenido y consistencia interna

Se respetaron los criterios éticos para este tipo de estudio.

## RESULTADOS

El procedimiento diseñado para medir la capacidad resolutive de un equipo básico de salud o grupo de ellos en el primer nivel de atención, se detalla a continuación. El instrumento correspondiente se muestra en el recuadro.

### Recuadro. Instrumento

Datos generales. Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Área salud: \_\_\_\_\_ GBT: \_\_\_\_\_ CMF: \_\_\_\_\_

Variables	Escala	Criterio de medida	Calificación
Población asignada	Máxima (Mx)	Entre 1400-1500	
	Media (Md)	Entre 1399-1200	
	Mínima (Mn)	Entre 900-1999	
Estabilidad	Alta (A)	Mas de 2 años	

del equipo	Media (M)	Entre 1 y 2 años	
	Baja (B)	Menos de 1 año	
Estabilidad del grupo básico de trabajo (GBT)	Alta (A)	Más de 2 años con todas las plazas cubiertas	
	Media (M)	Entre 1-2 años con las plazas cubiertas	
	Baja (B)	Menos de un año con las plazas cubiertas	
Tipo de población	Urbana (U)		
	Rural (R)		
Actualización del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS)	Actualizado (Ac)	EBS con ASIS evidenciable y actualizado. 2 puntos	
	Desactualizado (B)	EBS con ASIS evidenciable pero desactualizado. 1 punto	
	Ausente (A)	EBS sin ASIS evidenciable. 0 punto	
Cumplimiento de las acciones definidas en el ASIS.	Nulo (N)	Sin acciones a desarrollar. 0 punto	
	Bajo (B)	Menos de 50 % de cumplimiento. 1 punto	
	Medio bajo (Mb)	e/ el 51 y el 70 % de cumplimiento. 2 puntos	
	Medio alto (Ma)	e/ el 71 y el 90 % de cumplimiento. 3 puntos	
	Alto (A)	más del 90 % de cumplimiento. 4 puntos	
Población dispensarizada por los equipos básicos de trabajo (EBT)	Dispensarización completa	Con el 100 % de la población. 4 puntos	
	Dispensarización Intermedia alta	Entre el 99 y el 70 % de la población. 3 puntos	
	Dispensarización Intermedia baja	Entre el 69 y el 50 % de la población. 2 puntos	
	Dispensarización baja	Menos del 49 % de la población. 1 punto	
	Sin población dispensarizada	0 punto	
Capacidad resolutive por grupo dispensarial  (cumplimiento de la frecuencia mínima de evaluación)	Alta	Cumplida en todos los grupos. 4 puntos	
	Media	Cumplida en el grupo II. 1 punto	
		Cumplida en el grupo III. 1 punto	
		Cumplida en el grupo IV. 1 punto	
Baja	No cumplida en ningún grupo. 0 punto		

Capacidad resolutive por grupo dispensarial (grupos, III y IV)	Alta	Más del 90 % de los pacientes grupo III, IV en control. 3 puntos	
	Media alta	Entre el 89 y el 80 % de los pacientes grupo III, IV en control. 2 puntos	
	Media baja	Entre el 79 y el 60 % de los pacientes grupo III, IV en control. 1 punto	
	Baja	Menos del 60 % de pacientes en control. 0 punto	
Capacidad resolutive por grupo dispensarial II	Alto	Evidencia de control o eliminación entre el 70-100 % los factores de riesgo identificados. 4 puntos	
	Medio	Evidencia de control o eliminación entre el 69-40 % los factores de riesgo identificados. 2 puntos	
	Bajo	Evidencia de control o eliminación de menos del 39 % los factores de riesgo identificados. 0 punto	
Capacidad salutogénica del EBT	Alta	Disminución de la carga de enfermedad y factores de riesgo identificados. 4 puntos	
	Media	Disminución de de la carga de enfermedad o factores de riesgo identificados con posible aumento de uno de los dos. 2 puntos	
	Baja	Aumento de la carga de enfermedad y factores de riesgo identificados. 0 punto	
Capacidad resolutive del EBT	Adecuada (A)	Entre el 80-100 % de los puntos posibles a obtener	
	Inadecuada (I)	Menos del 80 % de los puntos posibles a obtener.	



## PROCEDIMIENTO

Alcance: nacional.

Frecuencia: anual o bianual.

Personal designado para evaluar: jefe del grupo básico de trabajo, vicedirector docente o equipo *ad hoc* (vicedirector de asistencia médica del policlínico, profesores del GBT, supervisora de enfermería, funcionarios de la Dirección Municipal de Salud).

Procedimiento básico: podrá realizarse tanto en la modalidad de autoinspección como en inspecciones cruzadas.

Fuentes de información para el llenado del instrumento: se inspeccionará la evidencia documental recogida en el ASIS, dispensarización e historias clínicas individuales en cada uno de los EBS.

Procedimiento para la selección de las muestras de historia clínica individual: se seleccionarán 10 historias clínicas al azar, elegidas por el evaluador, de cada uno de los grupos dispensariales, con el propósito de optimizar el tiempo de evaluación. Dado que un individuo puede tener varios factores de riesgo asociados, así como varias enfermedades concomitantes, se tomará en cuenta la capacidad resolutive del EBS para controlar cada uno de ellos como entidad independiente, lo que constituirá la base para la asignación de puntos y la clasificación según escala. Para ello se determinará la carga total de factores de riesgo y enfermedad presente en la muestra seleccionada y la capacidad resolutive resultante para cada uno.

Forma de aplicación del instrumento: el instrumento será llenado por una sola persona, previamente entrenada en su aplicación. Después de seleccionadas las muestras de historia clínica no podrán hacerse elecciones adicionales.

Forma de asignar la puntuación y cálculo final de la capacidad resolutive de un EBS o conjunto: se sumarán todos los puntos generados a través del llenado del instrumento y se identificará el porcentaje obtenido del total posible.

Interpretación de los resultados: para la interpretación de los resultados, se cruzarán los aspectos generales y específicos propuestos lo que permitirá un análisis en contexto.

La triangulación de la información obtenida por otras vías, métodos o tecnologías, los resultados que aporte este procedimiento, permitirán hacer un análisis mucho mejor fundamentado de la capacidad resolutive de un EBS o grupo de ellos, en cuanto a cada variable específica utilizada.

## DISCUSIÓN

Según Gálvez,<sup>22</sup> en el contexto cubano pueden identificarse dos direcciones de trabajo para superar los niveles de eficiencia alcanzados y de eliminar las brechas que puedan afectarla. Una, dirigida a los aspectos técnico-organizativos del Sistema Nacional de Salud y una segunda, hacia la identificación de las entidades y actividades específicas donde se deben priorizar los esfuerzos. En relación con el primer aspecto, señala entre otros, el desarrollo de los sistemas de información y

dentro de estos, la búsqueda de indicadores que abarquen no solo la dimensión cuantitativa de las actividades realizadas, sino que de alguna forma logre reflejar la calidad de los servicios brindados y el impacto sobre la salud de la población. En relación con el segundo aspecto, hace especial énfasis en la atención primaria de salud (APS) y afirma que elevar la eficiencia en este nivel constituye aún un desafío para los economistas de la salud en Cuba. El procedimiento propuesto constituye una herramienta que evidencia la capacidad resolutoria del GBT y su aplicación aporta información para trazar intervenciones con el propósito de alcanzar eficiencia en la atención a ese nivel. Máxime si se sabe que el trabajo dentro del plan del médico y la enfermera de la familia cubano tiene dos etapas centrales: el ASIS y la dispensarización.<sup>23</sup>

En el 2005 el Ministerio de Salud de la República de Chile, describe el modelo con enfoque familiar en la APS como una atención primaria altamente resolutoria, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, así como el énfasis en la promoción y la prevención, la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud, equipos de salud familiar y comunitaria "de cabecera", con una cantidad definida de familias a cargo, tecnología y equipamiento y coordinación con la atención de especialidad. Sin embargo, la mayoría de estos aspectos presentaba hasta el momento y presenta aún, un nivel de desarrollo limitado.<sup>24</sup>

Persisten, no obstante, barreras para lograr una máxima capacidad resolutoria en este nivel relacionada con la disponibilidad de apoyo diagnóstico y estabilidad del cuadro básico de medicamentos.

Hasta ahora, los estudios de evaluación de la APS se han dirigido a validar la efectividad y eficiencia de este nivel de atención desde la perspectiva de sus atributos claves y de los procedimientos que realiza, pero casi no se dispone de información práctica para mejorar la resolución y la calidad de las intervenciones realizadas.<sup>25</sup>

Según *García Fariñas*,<sup>26</sup> se ha reconocido que la capacidad resolutoria de los servicios primarios de atención sería la mejor medida de sus resultados (para los fines de la eficiencia), generalmente el abordaje de la relación recursos-resultados se ha realizado a partir de estudios ecológicos o mediante la evaluación de aspectos parciales que si bien tienen una validez limitada intentan mostrar cómo se comporta este indicador en esas áreas. Dentro de los aspectos que con mayor frecuencia se estudian están: la adecuación del ingreso hospitalario y las urgencias, la satisfacción del paciente, el uso de la tecnología, la calidad de la prescripción y el gasto por persona. En el caso de Cuba, los estudios realizados evalúan aspectos como: la satisfacción del paciente, la calidad de la prescripción y la demanda de la atención de urgencia. Sin embargo, existe muy poca información relacionada con el nivel de resolutoria que podría aportar la medicina familiar a la APS en términos globales y en particular en Cuba.

Acerca de otras alternativas de aumento de resolutoria para la APS, es importante mencionar los resultados de una revisión sistemática que muestra que asociar especialistas a los médicos APS, mejora el acceso, el uso de los servicios y los resultados en salud, solamente cuando son parte de intervenciones multifactoriales que incluyen consultas conjuntas, reuniones clínicas y seminarios educativos, entre otras iniciativas de trabajo colaborativo.<sup>27</sup>

Por último se concluye, que la capacidad resolutoria de los equipos básicos de salud se puede medir a partir de herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención a partir de la propuesta metodológica presentada. Queda pues como una recomendación de los autores validar el procedimiento y su instrumento de medición.

Máximo de puntos a obtener por un EBS: 25 puntos.

Aplicado por: \_\_\_\_\_

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mallar MA. La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. Vis Futur. 2010 [citado 10 May 2013]; 13(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-87082010000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082010000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Cano Ramírez A. Elementos para una definición de evaluación 2005 [citado 4 Feb 2013]. Disponible en: [http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)
3. Trinidad Requena A. La evaluación de organizaciones prestadoras de servicios de bienestar social: Una aproximación conceptual. Rev Internac Organizaciones. 2006 [citado 4 Ene 2013]. Disponible en: [http://www.revista-rio.org/index.php/revista\\_rio/article/view/7/7](http://www.revista-rio.org/index.php/revista_rio/article/view/7/7)
4. Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart. 1986; 44:167-70.
5. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21(2/3): 73-84.
6. Tellez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2007 [citado 15 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/1519/400711.pdf?sequence=1>
7. López Puig P, Alonso Carbonell L, Fernández Díaz IE, Ramírez Albajés C, Segredo Pérez AM, Sánchez Barrera I. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 12 Mar 2013]; 27(4). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol27\\_4\\_11/mgi01411.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol27_4_11/mgi01411.htm)

8. Díaz Novás J, Guinart Zayas N. Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 [citado 5 Mar 2013]; 24(2). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200007&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200007&lng=es)

9. Sansó Soberats FJ, Batista Moliner R. Hacia una mayor capacidad resolutive y calidad de la atención en nuestra medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [citado 5 Mar 2014]; 17(3):213-5. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000300001&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300001&lng=es)

10. Domínguez Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Rev. Salud Pública Mex. 2011 [citado 27 Nov 2013]; 53(2). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/12.pdf>

11. 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. 2009 [citado 6 Ene 2011]; 35(4):34-43. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08643466200900040005&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466200900040005&lng=es)

12. De los Santos Briones S, Garrido Solano C, Chávez Chan MJ. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. Rev Biomed. 2004 [citado 26 Mar 2013]; 15:81-91. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb041522.pdf>

13. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua. 2006 [citado 12 Mar 2013]. Disponible en: [http://www.ops.org.ni/index.php?option=com\\_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=294](http://www.ops.org.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=294)

14. Sansó Soberats FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [citado 10 Jun 2013]; 29(3):260-7. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es)

15. Alfonso Herrero L, Hernández Sandoval M. Guía Metodológica de la Atención Primaria de Salud. La Habana: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas; 2006 [citado 19 Jun 2013]. Disponible en: [http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDEOFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cpicmha.sld.cu%2Fbvs%2Fmonografias%2Fguia\\_metodologica\\_aps%2FGUIA%2520METODOLOGICA%2520DE%2520A.%2520P.%2520S..doc&ei=xhiXU4GCK8X20gXF64G4BA&usq=AFOjCNG3fQmAWkkihBa2WF1Mvaep2WzGVw&bvm=bv.68445247,bs.1,d.d2k](http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDEOFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cpicmha.sld.cu%2Fbvs%2Fmonografias%2Fguia_metodologica_aps%2FGUIA%2520METODOLOGICA%2520DE%2520A.%2520P.%2520S..doc&ei=xhiXU4GCK8X20gXF64G4BA&usq=AFOjCNG3fQmAWkkihBa2WF1Mvaep2WzGVw&bvm=bv.68445247,bs.1,d.d2k)

16. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de la APS y medicina familiar. Barcelona: Gráficos Canigó; 2001.

17. Tecnologías de la información y las comunicaciones para la enseñanza básica y media. La enseñanza de la competencia en el manejo de la información mediante el modelo BIG 6. Julio 13 de 2002 Cali, Colombia: Eduteka; 2002 [citado 10 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.eduteka.org>
18. Ministerio de Salud Gobierno de Argentina. Atención Primaria de Salud. Concepto. Buenos Aires: Ministerio; s.f. [citado 10 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.msaludjujuy.gov.ar/areasydep/actualizar/epidemiologia/APS%20vigilancia.pdf>
19. Ministerio de Salud Pública. Reglamento Interno del Policlínico. La Habana: MINSAP; 2004 [citado 11 Mar 2013 ]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/reglamento\\_general\\_de\\_policlinico\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/reglamento_general_de_policlinico_1.pdf)
20. Ministerio de Salud Pública. Manual de Funcionamiento del Policlínico. Dirección de Atención Primaria. La Habana: MINSAP; 2008 [citado 11 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.pol19deabril.sld.cu/nuestro-centro/direccion/manual-de-funcionamiento-del-policlinico.html>
21. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. La Habana: MINSAP; 1988.
22. Gálvez AM. El concepto de eficiencia en el contexto de la Salud Pública cubana [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.
23. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. Cuba. [Monografía en Internet]. 2008 [citado 11 Mar 2013 ]. Disponible en: [http://www.aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/progra\\_tarbajo/programatrabajo.pdf](http://www.aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/progra_tarbajo/programatrabajo.pdf)
24. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Integrating health care delivery. Healthcare Forum J. 2000; 43(6): 35-9.
25. Montserrat Figuerola MJ, González AP, Riera RM, Martín Zurro A. Poder resolutivo y atención primaria. Factores limitantes visiones y aproximaciones. Septiembre 2003. Proyecto mpar-5. Poder resolutivo y atención primaria. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003 [citado 11 Mar 2013]. Disponible en: [http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/poder\\_resolutivo\\_en\\_ap\\_castellano.pdf](http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/poder_resolutivo_en_ap_castellano.pdf)
26. García Fariñas A, Álvarez Pérez A. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 11 Mar 2013]; 32(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200010&lng=es)

27. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database Syst Rev. 2004 [citado 6 Jun 2013]; (1):CD003798. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974038>

---

\* Disponibles en: <http://www.google.com>, <http://es-es.altavista.com/> y <http://alltheweb.com/>

Recibido: 7 de abril de 2014.  
Aprobado: 5 de mayo de 2014.

*Pedro López Puig*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.  
Dirección electrónica: [peveliu@infomed.sld.cu](mailto:peveliu@infomed.sld.cu)