

ID: 958

## RETOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PROVINCIA DE CIENFUEGOS

López Puig, Pedro; Pomares Pérez, Yagen; Alonso Carbonell, Liuba; Díaz Bernal, Zoe; García Millán, Ana Julia; Alomá Díaz, Darío. Cuba

### Resumen

**Introducción:** El reto inmediato para el hospital de segundo nivel de complejidad en Cuba puede ser concebido en relación con la integración que alcance en una red asistencial, caracterizada por su cobertura universal según los servicios aprobados que desarrolla basado en su disponibilidad de recursos humanos, tecnología y complejidad. **Objetivo:** Identificar puntos fuertes y debilidades para la integración a la red asistencial del complejo hospitalario HGAL-CEA. **Método:** Investigación en sistemas y servicios de salud de corte transversal durante el mes de septiembre del año 2014. Universo constituido por prestadores y directivos del Hospital “Gustavo Aldereguía Lima” (HGAL) y su Centro Especializado Ambulatorio (CEA) “Héroes de Playa Girón”. Muestra intencional por criterios constituida por 37 unidades de análisis de prestadores y directivos a la que se aplicó un cuestionario ad hoc. **Resultados:** Se identificaron seis metas con integración parcial y ocho integradas. De los 76 criterios explorados se identificaron debilidades en la integración en 15, lo que constituye el 20% del total explorado. Existen diferencias en la percepción de integración entre directivos y prestadores en 18 criterios. **Conclusiones:** Existen puntos fuertes y debilidades en la integración de la red de servicios desde la perspectiva hospitalaria. El 42% de las metas de integración exploradas fue clasificado con integración parcial. No se perciben metas fragmentadas desde la perspectiva explorada. Se identificaron un conjunto de debilidades en los criterios de integración explorados. Existen diferencias en la percepción de integración entre directivos y prestadores que pueden constituir barreras para el desarrollo de la red.

Palabras clave: Integración, red hospitalaria, hospitales de segundo nivel.

## INTRODUCCIÓN

En 1959 existían en Cuba 79 hospitales dentro de un sistema de prestación de servicios con alta fragmentación y segmentación. A partir de ese momento, se gestó la construcción de un sistema de salud único e integrado, organizado según niveles de complejidad, con acceso universal y gratuito. Todo ello requirió, entre otros factores, aumentar el número de hospitales para responder a las demandas de atención crecientes en la población. Para el año 1982, el incremento había sido del 312 % lo que tuvo implicaciones en cuanto al costo de la atención y generó estrategias con el fin de amortiguarlo, entre ellas el surgimiento en 1984 del programa del Médico y la Enfermera de la familia.<sup>1,2,3</sup> Actualmente, según datos del anuario estadístico del 2012<sup>4</sup>, existen 152 hospitales del segundo nivel de atención.

Esta base estructural, dentro de un sistema sanitario que es modelo de prestación de servicios de salud a partir de una perspectiva integradora<sup>5</sup>, genera desafíos para la articulación que precisa la atención a la población en servicios ubicados en hospitales del segundo nivel de complejidad (HSNC), que para este estudio se trata aquellos que no clasifican como institutos. Entre dichos retos, está la adecuada utilización de los ingresos hospitalarios, mantener la calidad de los servicios, la mejor utilización de los recursos instalados en la red, sobredemanda de los servicios de urgencia por problemas menores que pueden ser atendidos en el nivel primario, demanda excesiva de servicios de consulta externa, entre otros posibles.<sup>6,7</sup>

Estos retos, hacen resonancia con las transformaciones en el sistema nacional de salud, que tienden cada vez más, a la adecuación de la concepción sobre el papel, función y modelo organizacional del hospital. Las bases teóricas, conceptuales y metodológicas que brinda la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), sirven para realizar una aproximación vinculada al desarrollo y redefinición de prácticas hospitalarias, que tiendan a una mayor integración de los HSNC al resto del sistema nacional de prestación.<sup>8,9</sup>

La provincia de Cienfuegos cuenta con una estructura de servicios de salud encabezada por 387 Consultorios del Médico de la Familia, con 20 Policlínicos, 1 Hospital Pediátrico y 1 Hospital Psiquiátrico.<sup>10</sup> La mayor institución de salud es el Hospital General Universitario Gustavo Aldereguía Lima (GAL), insertado en una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) basada en APS. La institución posee una dotación de 640 camas y todas las especialidades médico-quirúrgicas y materno-infantiles exceptuando la Cirugía Cardiovascular, por poseer un Cardiocentro regional a 59 Km con garantía de acceso.<sup>10</sup> Cuenta con un centro especializado ambulatorio adjunto con el que comparte recursos humanos, tecnológicos y financieros.<sup>10</sup> Los centros especializados ambulatorios (CEA) han devenido en complemento para la integración de las redes de salud familiar y comunitaria con las redes de grandes hospitales, con base en protocolos centrados en las personas.<sup>11</sup> Cumplen favorecen el descongestionamiento de los grandes hospitales y permiten reducir los costos unitarios y ampliar la cobertura de salud.<sup>12, 13</sup>

Identificar puntos fuertes y debilidades para la integración a la red asistencial del complejo hospitalario GAL-CEA es el objetivo de este trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS), de corte transversal durante el mes de septiembre de 2014. El universo estuvo constituido por prestadores y directivos del Hospital “Gustavo Aldereguía Lima” (GAL) y su Centro Especializado Ambulatorio (CEA) “Héroes de Playa Girón”. Se trabajó con una muestra intencional por criterios constituida por 37 sujetos. Los cri-

terios de selección para la muestra fueron: reconocida experiencia como prestador/a o directivo/a hospitalario, reconocida independencia de criterio sobre los servicios hospitalarios y su forma de gestión y disposición a participar en el estudio. Se aplicó un cuestionario auto administrado desarrollado ad hoc, con base en los instrumentos elaborados para la evaluación de la integración en el sistema sanitario cubano desde distintas perspectivas, validado y publicado, al que se le hicieron algunas adecuaciones para su aplicación en el nivel de prestación que se estudia (HSNC), pero siguiendo la misma lógica conceptual y sustento teórico.<sup>14</sup>

**Variables utilizadas:** El cuestionario recoge 14 metas y 76 criterios de integración elaborados para la red hospitalaria como sigue: 1. Definido, a partir del Análisis de la Situación Integral de Salud, la población y características del territorio a cargo de cada servicio con cuatro criterios; 2. Garantizada una distribución de servicios de salud y recursos humanos, capaz de satisfacer integralmente las demandas de servicio de la población con seis; 3. Fortalecidos los procesos en el primer nivel de atención que favorezcan su rol como puerta de entrada al sistema (APS y Hospital) con seis; 4. Asegurada la proyección comunitaria de especialidades (Especialidades) con tres; 5. Establecidos los mecanismos de coordinación asistencial (Coordinación/Continuidad) con cuatro; 6. Estandarizados los programas, normas, guías de buenas prácticas y procedimientos que estimulen cuidados de salud integrales (Programas, normas y guías) con seis; 7. Establecido un sistema de dirección participativo y único con nueve criterios; 8. Desarrollada una participación social amplia para la toma de decisiones de salud con dos; 9. Implementados procedimientos para la gestión descentralizada integrada de los sistemas de apoyo clínico, logístico y administrativo con cinco; 10. Planificados y garantizados los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema con nueve; 11. Desarrollado un sistema de información integrado y que vincula y retribuye con nueve; 12. Desarrollado mecanismos de control del presupuesto y los gastos adecuado a las necesidades de los territorios. Establecido un sistema de estímulos morales y materiales con cinco; 13. Las Redes Integradas de Servicios de Salud, cuentan con un sistema de gestión basada en resultados con cuatro; 14. Desarrollada una acción intersectorial amplia con cuatro criterios.

**Procedimiento para la obtención de la información:** incluyó un intercambio sobre conceptos y contenidos relevantes relacionados con la integración de redes de servicios, sus bases teóricas, metas, criterios<sup>15</sup> y sus peculiaridades en el sistema sanitario cubano. Cada atributo de la integración fue considerado una meta para la red hospitalaria. Este proceso duró aproximadamente una hora y se apoyó en medios audiovisuales. Se realizó una explicación detallada de la forma de llenado del cuestionario, con atención a las dudas que emergían. Se solicitó total independencia de criterio para el llenado del cuestionario. Se dispuso de 1 hora para el ejercicio.

Para captar la percepción de los participantes sobre la integración en su red de servicios, los criterios a evaluar fueron redactados en forma de afirmaciones. Se utilizó una escala ordinal con cuatro opciones: totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, no estoy de acuerdo. Se consideró el desconocimiento consciente en la escala a través de la opción “no tengo información”.

**Procesamiento y análisis de la información:** la información obtenida se organizó en una base de datos utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 21. Se establecieron los valores porcentuales alcanzados en las respuestas de forma global y para ambos centros hospitalarios. Se tomaron en cuenta también los valores porcentuales de las respuestas para cada grupo (prestador y directivo) en los datos globales y en cada centro del complejo GAL-CEA para hacer el análisis de la información resultante. Se identificaron como debilidades para la integración de la red hospitalaria aquellos criterios con porcentaje predominante en las categorías de la escala: no estoy de acuerdo, parcialmente de acuerdo y no tengo información. Se consideró como punto fuerte para la integración aque-

llos criterios con porcentaje predominante en la categoría de la escala: totalmente de acuerdo. El análisis sobre la integración de las metas exploradas tuvo en cuenta la cantidad de criterios percibidos con debilidades o puntos fuertes y los juicios del equipo de investigadores que participaron en el estudio. De esta forma las metas fueron evaluadas en: fragmentadas, parcialmente integradas o integradas según fuera el caso. Se consideraron relevantes para ser presentadas, las diferencias entre directivos y prestadores que resultaran extremas, entendidas como tal aquellas con un diferencial de más del 40% entre los grupos.

**Presentación de los resultados:** Los resultados que aporta esta investigación tienen su base en las percepciones de los sujetos (prestadores y directivos) que participaron en la investigación. Se exponen los resultados que alcanzaron los porcentajes más altos para cada criterio explorado. Se hará referencia a las metas declaradas en el método y que se destacan en letra cursiva, para al interior de cada una aludir a sus criterios de evaluación.

**Aspectos éticos:** los participantes expresaron voluntariedad para participar en la investigación. Se brindó la posibilidad de abandonar el ejercicio. Se solicitó autorización competente para la realización de la investigación. Los resultados solo tienen fines científicos y de apoyo a la gestión de la red integrada de servicios de la provincia explorada. Los derechos de propiedad intelectual pertenecen a la dirección provincial de salud de Cienfuegos, la dirección del GAL y el CEA y la ENSAP. No hay conflictos de intereses a declarar.

## RESULTADOS

Respondieron el cuestionario 37 trabajadores del GAL-CEA. De ellos, 25 fueron prestadores y 12 directivos. Los resultados globales indican que, en la primera meta, los criterios relacionados con la clara identificación de la cantidad de población que se atiende y su ubicación territorial, junto con los aspectos considerados para la planificación de los servicios, fueron los puntos fuertes (84 y 73% respectivamente) mientras que los criterios relacionados con la utilización de información actualizada para la definición de los servicios (67.6%) y el papel de Análisis de la Situación de Salud como documento básico para generar los conocimientos sobre la población (59.4%) mostraron mayores debilidades. Esta meta resultó parcialmente integrada.

La segunda meta muestra tres criterios como puntos fuertes y son los relacionados con la integralidad de la atención que se brinda en el hospital (59.5%), la utilización de la regionalización para la atención a los pacientes (73%) y la adecuación del tamaño de la población a atender a la capacidad de los servicios (54%). Otros tres criterios resultaron débiles para la integración: la coordinación de casos desde y hacia el primer nivel de atención (62%), la garantía de resolutivez para el primer nivel de atención (65%) y la integración entre el primer y el segundo nivel para garantizar un cuidado integral a la salud (70%). Dados estos resultados la meta se consideró parcialmente integrada.

Para la meta tres los seis criterios explorados resultaron puntos fuertes, siendo el mejor posicionado (62%) aquel relacionado con los vínculos alcanzados por el complejo GAL-CEA con los individuos, la familia, la comunidad y el resto de los sectores sociales. Esta meta se consideró integrada.

En cuanto a la meta cuatro los tres criterios explorados se consideraron puntos fuertes, obteniendo el mayor porcentaje, la reorganización de las capacidades de ingreso hospitalarias (89%). Esta meta se consideró integrada.

Con relación a la meta cinco un criterio fue percibido débil (68.4%): el relacionado con la aplicación de tecnologías de la información y las comunicaciones para la coordinación de los casos. Los

tres criterios restantes fueron considerados puntos fuertes entre los que el cuidado personalizado fue el mejor percibido (76% de acuerdo total). Esta meta se consideró integrada.

La exploración realizada para la meta seis aportó que sus seis criterios fueron considerados puntos fuertes, resultando una meta integrada. El criterio mejor posicionado (89%) explora sobre el ajuste de los planes de trabajo de la institución a su misión, objetivos y alineación a las estrategias del MINSAP.

La meta siete recoge nueve criterios relacionados con el sistema de dirección. Es una meta integrada. Un único criterio fue percibido como debilidad por el 51% de participantes: el aseguramiento a través del presupuesto de las demandas estructurales y logísticas de los servicios. El mayor aporte a este resultado proviene de participantes que no tienen información sobre este criterio (24,3%). Este dato es llamativo tomando en cuenta las indicaciones que para la discusión, análisis del presupuesto y su ejecución se han dado.<sup>16</sup> El criterio mejor posicionado (92%) fue el relativo a la existencia del reglamento interno y el manual de procedimientos de la institución.

La meta ocho exploró dos criterios, el primero relacionado con el uso de la opinión de la población en los procesos de mejoramiento de la calidad, se consideró una debilidad (54%). El segundo, relacionado con la utilización de la población para la conducción continua de los pacientes, es un punto fuerte según el criterio del 70% de los participantes. Lo anterior refleja que usuarios, acompañantes y redes de apoyo familiar y no familiar contribuyen a la gestión clínica de los casos y su conducción a través del SNS.

Fueron cinco los criterios de la meta nueve. El desarrollo de la gestión por procesos fue identificado como una debilidad (57% de los participantes). Cuatro criterios resultaron puntos fuertes, el mejor posicionado (70%) fue el relacionado con lograr integrar la gestión de soporte logístico a las necesidades de los servicios. La meta nueve se consideró parcialmente integrada pues la debilidad identificada se considera factor clave para la gestión en redes integradas.<sup>17</sup>

La meta 10 exploró nueve criterios y se consideró integrada. Ocho criterios fueron considerados puntos fuertes, el mejor posicionado (81%) explora la garantía en la disponibilidad de los recursos humanos para los servicios hospitalarios. La debilidad (51.3%) se identificó en el criterio que alude al desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos.

La meta 11 se exploró a través de nueve criterios, seis de ellos considerados puntos fuertes y explicitan: la utilización de información derivada del análisis de la situación de salud para la realización de intervenciones en salud; la red cuenta con información sobre las demandas de salud en los servicios que se prestan; hay disponibilidad de información sobre la trayectoria del paciente (68% y mejor posicionado); sus datos clínicos y la satisfacción con el servicio recibido. Constituye también un punto fuerte la existencia de un sistema de estímulos para el personal de la salud basado en información confiable. Se perciben como debilidades: la información económica de la institución, el conocimiento sobre los costos en el área de desempeño con un llamativo 16% de los participantes sin información, al igual que el criterio relacionado con la realización del análisis económico de la institución. Dadas las debilidades presentadas con relación a la información económica esta meta se consideró parcialmente integrada.

La meta 12 indagó sobre cinco criterios y tres de ellos resultaron puntos fuertes siendo el mejor posicionado (84%) el disponer de una metodología y/o procedimientos para realizar análisis de resultados de trabajo. Resultaron en debilidades, la no existencia de una planificación de visitas de evaluación en los establecimientos del país (54% que incluye un 19% de no información) y no con-

tar con mecanismos para hacer un diseño de asignaciones de recursos flexible (51%). La meta se consideró parcialmente integrada.

Los cuatro criterios de la meta 13 resultaron puntos fuertes. El mejor posicionado (81%) fue el desarrollo alcanzado en los espacios destinados al análisis de resultados. Meta Integrada.

La intersectorialidad aparece reflejada en la meta 14. Los cuatro criterios explorados fueron percibidos como puntos fuertes. El mejor posicionado (78%) reconoce la intersectorialidad como el principal mecanismo que utiliza la red hospitalaria para la solución de problemas de salud. Meta integrada.

La percepción de integración según los criterios de prestadores y directivos aportó diferencias relevantes en el criterio de la meta dos referido a la existencia de mecanismos que dan capacidad al primer nivel de atención para la coordinación de casos entre niveles de atención. El 75% de los directivos estuvo totalmente de acuerdo con esta afirmación contra el 27% de los prestadores. Mientras que el 50% de los directivos estuvo parcialmente de acuerdo con el hecho de que en el hospital se hace énfasis en la integralidad de la atención que se brinda y se realizan acciones de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad, solo el 7% de los prestadores optó por esta opción de la escala. El 80% de los prestadores se considera totalmente de acuerdo con ese criterio. Es posible que los prestadores consideren que realizan más acciones integrales que las orientadas por los directivos. Similar ocurre con el criterio recogido en la meta 3 referido al desarrollo en el hospital, de vínculos profundos con los individuos, la familia, la comunidad y con el resto de los sectores sociales. El 80% de los prestadores está totalmente de acuerdo con este criterio y solo el 25% de los directivos. En esta misma meta, el 93% de los prestadores coincide totalmente con el criterio de que se facilita la participación social y la acción intersectorial contra un 50% de los directivos. El 50% restante lo percibe parcialmente de acuerdo. En la meta cinco, el 75% de los directivos está totalmente de acuerdo con el criterio de que desarrolla una estrategia de capacitación de recursos humanos de acuerdo a las nuevas condiciones generadas por el proceso de transformación del Sistema de Salud contra el 33% de los prestadores. El 93% de los prestadores está totalmente de acuerdo con el criterio de que se garantiza un cuidado personalizado contra el 50% de los directivos. Mientras que solo el 37% de los directivos está de totalmente de acuerdo con que se desarrollan procedimientos de apoyo diagnóstico en la red de servicios según las necesidades de cada caso, el 87% de los prestadores calificó en esta categoría.

En la meta 7, relacionada con un sistema de dirección participativo y único, el 80% de los prestadores no posee información sobre si está asegurada la asignación de presupuesto necesario para satisfacer las demandas estructurales y logísticas de los servicios contra el 12,5% de los directivos. Por otra parte el 93% de los prestadores está de acuerdo con que la gestión de su unidad responde a una normativa y reglamento único aplicado de acuerdo a sus necesidades. Solo el 50% de los directivos coincidió con ello.

En cuanto a la meta nueve vinculada a la gestión por procesos el 87% de los prestadores estuvo totalmente de acuerdo con el criterio de que su unidad es capaz de gestionar eficientemente sus necesidades de soporte logístico contra el 37% de los directivos.

En la meta diez, relacionada con los recursos humanos, el 68% de los prestadores está parcialmente de acuerdo con la afirmación de que el sistema de información es consistente con la misión y objetivos del MINSAP contra el 12,5% de los directivos.

Con respeto a la distribución y utilización de la información (meta 11) el 80% de los prestadores no tiene información sobre la demanda en la utilización de los servicios. Ningún directivo marcó esta opción. En esta misma meta el 87% de los prestadores dispone de información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre contra el 37% de los directivos. Para el 87% de los prestadores se cuenta con un sistema de estímulos para el personal de salud que promueve: integración del sistema y tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente. Solo el 37% de los directivos está totalmente de acuerdo con ello. El 80% de los prestadores tiene conocimiento de los costos de su área de desempeño y se involucra con los costos totales contra el 25% de los directivos. Finalmente, solo el 20% de los prestadores considera que se realiza con la periodicidad establecida el análisis económico de la Red y la información que se produce se distribuye a todo el personal de la red contra el 62% de los directivos.

Para la meta 13 (Gestión por resultados), el 93% de los prestadores concuerda con que los resultados alcanzados se toman en cuenta para proponer mejoras en los procesos a ejecutar en contraposición con el 37% de los directivos.

Las diferencias encontradas entre los grupos pueden servir para establecer estrategias de intervención específicas.

El análisis de los resultados de las instituciones por separado (CEA o GAL), aportó algunas diferencias en cuanto a la percepción de integración en los criterios explorados, que no llegan a cambiar los criterios de integración globales para las metas exploradas, aunque pueden ser utilizadas para un análisis más profundo hacia el interior de cada lugar.

## CONCLUSIONES

1. Existen puntos fuertes y debilidades en la integración de la red de servicios desde la perspectiva hospitalaria, aunque más de la tercera parte de las metas exploradas se clasificaron con integración parcial y se identificaron debilidades para un grupo de criterios dentro de las metas exploradas; no se perciben metas fragmentadas desde la perspectiva explorada.
2. Existen diferencias en la percepción de integración entre directivos y prestadores que pueden constituir barreras para el desarrollo de la red.

## REFERENCIAS

<sup>1</sup> Torre Montejo Ernesto de la. El desarrollo del Sistema Nacional de Salud en Cuba. En: Salud para todos si es posible. 1ra Edición. La Habana. Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social, 2005. pag-35-93.

<sup>2</sup> CEE. Anuario estadístico de Cuba. La Habana, Comité Estatal de Estadísticas, 1984.

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la enfermera de la familia. La Habana: MINSAP; 2011.

<sup>4</sup> MINSAP. Dirección Nacional de Estadística. Anuario estadístico 2012

<sup>5</sup> Mason Susan E, Strug David L, Beder Joan, editores. Community Health Care in Cuba. Chicago Illinois: Lyceum Books; 2010.

<sup>6</sup> López Puig P, Morales Suárez I, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas S. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Dic [citado 6 Abril 2014];35(4):34-43. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005&lng=es)

<sup>7</sup> López Puig P, Segredo Pérez AM, Díaz Bernal Z, Pérez Piñeiro J, Santana Felipe A, Alonso Carbonell L. Integración de la red de salud del nivel primario de atención Municipio Boyeros. Rev Correo Científico Médico. 2012 [citado 19 Abril 2014]; 16(4). Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/viewFile/476/223>

<sup>8</sup> Artaza Barrios O, Méndez CA, Holder Morrison R, Suárez Jiménez JM. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.

<sup>9</sup> Fernández Díaz J.M., Varela J., Manzanera R. Retos y prioridades en la gestión de hospitales. Informe SESPAS; 2002. p. 531-541

<sup>10</sup> Falcón A, Orduñez P, De Pazos JL, Molina M, Alomá D, Navarro VR. Puesta en Marcha del primer Centro Especializado Ambulatorio en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública 2011; 37(2)

<sup>11</sup> Rios L, Ibiricu MA, Martin M, Crespo C, Agusti E. El hospital ligero de Cambrils: un modelo de atención sanitaria integrada.

<sup>12</sup> Aloma D, Falcón A, Molina M, Navarro VR. Cumplimiento de los estándares de construcción de hospitales seguros en el primer centro especializado ambulatorio en Cuba. En: Colectivo de autores: Salud y Desastres. Experiencias Cubanas 1. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2011. p. 21

<sup>13</sup> Alvarado G, Vega E. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años. Rev Especialidades Médico- Quirúrgicas 2006; 11 (3):34-37

<sup>14</sup> López Puig P, Alonso Carbonell L, Fernández Díaz IE, Ramírez Albajés C, Segredo Pérez AM, Sánchez Barrera O. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Dic [citado 2012 Oct 18]; 27(4): 421-434. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400001&lng=es)

<sup>15</sup> López Puig Pedro, Alonso Carbonell Liuba, García Milián Ana Julia, Fernández Díaz Ivonne Elena. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2012 Nov 02]; 25(4): 86-97. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252009000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252009000400009&lng=es).

<sup>16</sup> VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. La Habana: Partido Comunista de Cuba; 2011.

<sup>17</sup> López Puig P, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Bayarre Veá HD, Segredo Pérez AM. Definición de integración de redes de servicios en la estrategia de Atención



Primaria de Salud en Cuba, 2013. Rev Horizonte sanitario. Volumen 13 / Número 1 / Enero-Abril 2014 / Villahermosa, Tabasco, México / ISSN 1665-3262.  
[http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2013\\_mayo-agosto/REVISTA\\_HS\\_mayo-agosto2013.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2013_mayo-agosto/REVISTA_HS_mayo-agosto2013.pdf)