

Herramienta multidimensional para la medición de la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención

Multidimensional tool for measurement of the integration of health service networks in the primary health care

DrC. Pedro López Puig,^I Dr. Liuba Alonso Carbonell,^{II} DrC. Ana Julia García Milian,^I Dr. Alina María Segredo Pérez,^I Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán,^{III} Dr. Gerardo Alfaro Cantón^{IV}

^I Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

^{II} Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC). La Habana, Cuba.

^{III} Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Representación OMS/OPS El Salvador. Quito, Ecuador.

^{IV} Consultor en Sistemas y Servicios de Salud. Representación OMS/OPS El Salvador. San José, Costa Rica.

RESUMEN

Introducción: la integración de las redes de servicios de salud, como proceso complejo, genera problemas prácticos que deben monitorearse e intervenirse sistemáticamente como requisito para garantizar cobertura universal en salud con sostenibilidad dentro de una estrategia de prestación basada en la atención primaria de salud. No se dispone de una herramienta de investigación multidimensional que permita caracterizar esta realidad.

Objetivo: presentar una herramienta que permita caracterizar la integración alcanzada en redes de servicios de salud.

Métodos: investigación de desarrollo en el área de sistemas y servicios de salud. En el diseño y desarrollo de la herramienta participaron un grupo de expertos líder y otros de trabajo seleccionados según criterios predeterminados. Definieron y caracterizaron el objeto de estudio, seleccionaron los criterios a utilizar, sus escalas de medición y definieron las formas de aplicar e interpretar la herramienta; se realizaron pruebas de campo para validar su factibilidad.

Resultados: se desarrolló una herramienta de investigación con enfoque mixto, que incorporó un módulo para obtener información a través de técnicas cualitativas y otro cuantitativo. Utiliza indicadores y estándares de la integración para la medición del nivel alcanzado prefijados. Se generó información que pudo triangularse para el análisis de los datos y la toma de decisiones. La aplicación de la herramienta en una red, produce resultados válidos en cuanto a utilidad, factibilidad y conveniencia.

Conclusiones: se presenta un producto para la investigación, de tipo multidimensional que puede utilizarse para caracterizar, con enfoque mixto, la integración en redes de servicios de salud.

Palabras clave: integración de redes de servicios de salud, cobertura universal en salud, enfoque mixto, investigación en sistemas y servicios de salud.

ABSTRACT

Introduction: the integration of health service networks is a complex process generating practical problems that should be monitored for systematic interventions. This is a requirement to guarantee sustainable universal health coverage within a primary health care-based service rendering strategy. So far, there is no multidimensional research tool that may characterize this complex reality.

Objective: to submit a tool for the characterization of the achieved health service network integration.

Methods: developmental research in the field of health services and systems. The design and development of the said tool involved a group of leading experts and others specialists selected according to pre-established criteria. They defined and characterized the object of study, selected the criteria and the measuring scales to be used and also determined the ways of applying and interpreting such a tool. In situ tests were made to validate its feasibility.

Results: a mixed approach research tool was developed with a module to collect data through qualitative techniques and another one through quantitative techniques. It used preset indicators and standards of integration to measure the reached level. The generated information could be triangle for the data analysis and the decision-making. The application of this tool in a network yields positive results in terms of usefulness, feasibility and suitability.

Conclusions: this multidimensional product for research may be used to characterize with a mixed approach the health service network integration.

Keywords: health service network integration, universal health coverage, mixed approach, health system and service research.

INTRODUCCIÓN

Se considera un sistema integrado de redes de servicios de salud aquel con "Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve".^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define por su parte la integración, como la "gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud".³ Este concepto trasciende la función prestación al considerar la integración en un sistema sanitario, e introduce el tema de la gestión como componente importante a considerar.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reitera el llamado para determinar el grado de integración de los sistemas de salud de la región y trazar estrategias locales para la solución de los problemas que se detecten en esta esfera de atención dentro de los sistemas y redes de servicios.⁴ No obstante a ello, la complejidad del objeto de estudio es un desafío para los investigadores y estudiosos del tema.

Parece haber consenso en que para lograr los objetivos estratégicos de la organización en cuanto a cobertura universal en salud es necesario reducir o eliminar, si fuera posible, los efectos de la fragmentación como fenómeno contrario a la integración, entre los que se encuentran: dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos, la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y bajo desempeño general de los sistemas de prestación de servicios.³

Se atribuyen además, para su estudio, un conjunto de atributos,^{5,6} que sirven para orientar y sistematizar la información relevante a los procesos relacionados con la integración en la red de servicios de salud de un sistema sanitario y que complejizan el análisis, pues cada uno de ellos puede ejercer influencia sobre el sistema y su red de servicios de forma variable. Se consideran adicionalmente, con el propósito de sistematizar la información, cuatro funciones o dimensiones inherentes a los sistemas sanitarios: la función prestación, la función de rectoría-gestión, y la función de financiamiento y la función de articulación.^{7,8}

Una de las formas de investigar sistemas complejos⁹ es utilizando el enfoque mixto en la investigación, que implica un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para dar respuesta a la interrogante planteada. El desafío de caracterizar una realidad compleja, como lo es la integración de redes de servicios de salud, necesita de herramientas de investigación que permitan "atrapar" esta complejidad y analizarla para la toma de decisiones.

La importancia y necesidad de contar con instrumentos validados para ofrecerlos a la comunidad científica y recomendar su uso, es parte del proceso de desarrollo de las estrategias que impulsa la OMS.⁶ La validación es, por su parte, un proceso complejo que implica aproximaciones sucesivas contextualizadas al objeto de validación y su aplicación en la práctica.

A través del enfoque mixto en la investigación de realidades complejas se analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones, para responder a un planteamiento del problema.¹⁰⁻¹³ Se usan métodos de los enfoques cuantitativos y cualitativos y pueden involucrar la conversión de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa.¹² El enfoque mixto, tiene la ventaja de poder utilizar alternativas para responder distintas preguntas de investigación derivadas de un problema concreto identificado.

Este enfoque se basa en la triangulación de métodos. Va más allá de la simple recolección de datos de diferentes modos sobre el mismo fenómeno, sino que implica, desde el planteamiento del problema, mezclar la lógica inductiva y la deductiva.^{14,15}

La presente propuesta se articula a partir de dos preguntas: ¿Qué herramienta de investigación permitiría medir el nivel de integración alcanzado por una red de servicios de salud? ¿Qué resultados se obtienen con su aplicación? Las interrogantes anteriores emanan del problema identificado que se resume de la siguiente manera: La integración de las redes de servicios de salud, producto organizacional que aporta sostenibilidad a la estrategia mundial de cobertura universal en salud,¹⁶ tiene debilidades y fortalezas que deben monitorearse, intervenirse o registrarse sistemáticamente.^{17,18}

El trabajo que se presenta tiene como propósito el desarrollo de un diseño basado en la aplicación de una herramienta para obtener datos que permitan emitir juicios de valor sobre el nivel de integración alcanzado en una red de servicio dada a través de técnicas cuantitativas y cualitativas agrupadas en dos módulos.

MÉTODOS

El estudio clasifica como una investigación de desarrollo en el área de sistemas y servicios de salud. Para una mejor comprensión de la herramienta, se presenta la metodología de construcción y validación de la misma por módulos. Los resultados que se obtienen tras la aplicación de la herramienta cualitativa permiten generar datos cuantitativos que pueden ser utilizados para triangular la información en el proceso de análisis y construcción de juicios.

Para el diseño y desarrollo de la herramienta se utilizó un grupo experto líder, integrado por cinco investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, uno de ellos con categoría de investigador titular y cuatro auxiliares, que articularon a su vez varios subgrupos de desarrollo con experticias vinculadas a las necesidades del producto.

Para el módulo cualitativo se trabajó a partir de la selección de grupos de trabajo que fueron utilizados para la construcción y validación del marco operacional.^{2,3,19,20} Cada grupo se seleccionó en base a criterios generales y particulares:

Los criterios generales fueron: categoría de Investigador Auxiliar o superior, Profesor Auxiliar o superior en un campo de la salud pública.

Los criterios particulares fueron: líder de proyecto de investigación en economía de la salud, investigación en sistemas y servicios de salud o dirección en salud. Experticia en enfoque de investigación cuantitativo o cualitativo.

Los grupos de trabajo emitieron juicios sobre la validez aparente del marco teórico disponible vinculado a la integración de redes de servicios, participaron en la identificación, adopción de dimensiones y atributos de una red integrada de servicios de salud, la construcción de sus metas de integración y la definición de criterios de integración para las metas propuestas, lo que se consideró marco operacional para el

desarrollo de la herramienta de medición. Una vez obtenido el marco operacional, se diseñó el procedimiento para la caracterización del nivel de integración a partir de un cuestionario, que incorporó el cálculo de un Índice de Integración para cada criterio, meta, dimensión y para la red de servicios de salud de un área geográfica de responsabilidad dada.

La obtención de información recurrió a la percepción de directivos y prestadores de la red de servicios del primer nivel de atención, a partir de un cuestionario que incorporó una escala ordinal en tres categorías: Integración, Integración Parcial y Fragmentación.

Para un primer ejercicio de validación de contenido de atributos para la integración, se aplicó un instrumento elaborado *ad hoc*, que utilizó los criterios de *Moriyama*.²¹ Tomando en cuenta las valoraciones realizadas por los grupos de trabajo se hicieron las modificaciones a los *ítems* y se estableció como principio la eliminación o modificación total o parcial de aquellos que fueran evaluados en la categoría mucho por menos del 75 % de ellos.

Con posterioridad se realizó un ejercicio final de validación de las metas y criterios de la integración definidos, enfocado a la pertinencia (oportunidad, adecuación y conveniencia) y confiabilidad de los productos de la primera fase relacionado con los atributos, metas y criterios de la integración.²²⁻²⁴

Después de realizadas las adecuaciones a las dimensiones, atributos, metas y criterios de integración aplicables a una red de servicios de salud del primer nivel de atención, se diseñó por el grupo experto líder un procedimiento metodológico para aplicar el cuestionario de obtención de información.

El instrumento resultante clasificó como subjetivo y multidimensional y para su construcción se siguieron los siguientes pasos: definición y caracterización del objeto de estudio, selección de los criterios a utilizar, definición de la escala de medición de los criterios, definición de la forma evaluativa del instrumento y construcción de los ítems.

Se seleccionó, para el instrumento, una escala ordinal con tres opciones Red Fragmentada, Red Parcialmente Integrada, Red Integrada. El número de categorías impar permitió definir una categoría intermedia que representó la ausencia de intensidad en el comportamiento de la variable indicador. Posteriormente se le asignó a cada respuesta posible un valor arbitrario de 0 a 2 que permitiera un procesamiento matemático de los datos obtenidos para el análisis. Se consideró 0 para la fragmentación, 1 para la integración parcial y 2 para la integración.

Se realizaron posteriormente pruebas de campo y devolución de los resultados obtenidos al aplicar el procedimiento metodológico para caracterizar el nivel de integración en una red de servicios de nivel primario de atención. Se condujeron tres pruebas de campo en Cuba^{17,25} y una en la República de El Salvador^a y se generaron espacios de intercambio de información en cada una de ellas.

El módulo cuantitativo presenta una tecnología en soporte digital para la construcción de indicadores que permitan medir la integración de acuerdo a las metas y objetivos de una red particular, se decidió validar su pertinencia a través de consenso de expertos que respondieron un cuestionario *ad hoc* con este propósito a partir de la aplicación de la técnica de grupo nominal.²⁶

Para ello se operacionalizó la pertinencia de la herramienta en cuanto a criterios de: Oportunidad, adecuación y conveniencia de su aplicación (recuadro 1).

Recuadro 1. Operacionalización de categorías para la validación de la herramienta

Categoría	Abreviatura	Descripción	Escala	Valor
Oportunidad	(O)	Se refiere a la congruencia de la herramienta propuesta con el propósito de medir la integración desde un instrumento de captura de información multidimensional.	Poca oportunidad Mucha oportunidad	1 2
Adecuación	(A)	Se refiere al vínculo de la herramienta con la realidad que pretende describir en cuanto a su validez de contenido.	Poca adecuación Mucha adecuación	1 2
Conveniencia	(C)	Se refiere a la utilidad, provecho o beneficio, de utilizar esta herramienta para explorar la integración en una red de servicios del primer nivel de atención.	Poca conveniencia Mucha conveniencia	1 2

Se asignó el valor uno (1) al criterio poco y el valor dos (2) al criterio mucho para cuantificar la cualidad. Se consideró pertinente, aquel criterio que obtuviera la calificación total de 5 a 6 de un máximo de 6 puntos posibles a obtener para cada uno. Se consideraron no pertinentes, aquellos criterios con calificación de 3 o 4. Quedaron al final por consenso, como criterios pertinentes, aquellos en que la mayoría de los expertos (50 % + 1) participantes en el taller le asignaron puntos para un total de 5 a 6 en la calificación final de cada criterio. Se realizó adicionalmente un análisis de los criterios que obtuvieron la calificación de 5 puntos por algún experto con el objetivo de realizar un segundo proceso de ajuste en la redacción de los mismos adecuada a la realidad del país.

Los criterios de inclusión para los expertos fueron: Doctor en Ciencias de la Salud, categoría de Profesor e Investigador Titular o Auxiliar en salud pública. Un experto en tecnologías de la información de más de 15 años de experiencia en el campo de desarrollo de software para la salud. El grupo de trabajo estuvo formado por siete expertos. Tomando en cuenta las valoraciones realizadas por los expertos se ejecutó a partir de un proyecto de servicio científico técnico una prueba de campo en la República de El Salvador para validar la factibilidad de la herramienta en cuanto a criterios de capacidad de discriminación, oportunidad, eficiencia. La base tecnológica utilizada para la herramienta utiliza el sistema operativo Windows 7 o superior y el paquete informático Office.

La herramienta propuesta con ambos módulos sufrió un nuevo proceso de validación a partir de pruebas de campo que tomó en cuenta los aspectos recogidos en el recuadro 2.

Recuadro 2. Aspectos considerados para la validación de la herramienta

Aspecto a evaluar	Resultado esperado	Valoración
Confiabilidad	Debe mostrar la homogeneidad del instrumento de medición a través del análisis de la consistencia interna.	Aplicación del coeficiente alfa de Cronbach. Limitante: No se realizó la prueba de la varianza a través del procedimiento de test-retest.
Capacidad de discriminación	Debe aparecer variabilidad en la respuesta obtenida en todas las redes territoriales de primer nivel de atención exploradas en cuanto al nivel de integración alcanzado a partir del cálculo de los índices de integración por función, meta y global.	1. Se conformaron tablas y gráficos de salida con los datos obtenidos en las redes territoriales exploradas que permitieron observar la capacidad de discriminación de la variabilidad en la integración de las redes en los resultados obtenidos en cada una de ellas. 2. Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman con este objetivo.
	Debe aparecer variabilidad en la respuesta de directivos y prestadores al cuestionario, observable tras el cálculo y el análisis cualitativo del índice de integración según función.	1. Se conformaron tablas de salida con los datos obtenidos en las redes territoriales exploradas que permitan observar la variabilidad en los resultados obtenidos en cada una de ellas según la función de directivo o prestador en la red. 2. Se aplica el coeficiente de correlación de Pearson y Kappa con este objetivo.

Oportunidad	La autoridad sanitaria debe ser cliente de la investigación.	Se gestionaron las cartas de cliente como elemento de oportunidad para la extensión de resultados.
	Los elementos estructurales para la aplicación del procedimiento (locaciones, medios, participantes) deben ser factibles de ser utilizados durante las pruebas de campo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se tuvieron observadores externos como evaluadores del procedimiento metodológico. 2. Se solicitó criterios de los equipos técnicos que generaron los indicadores y participaron en la organización de los trabajos de campo.
Factibilidad	<p>El procedimiento metodológico posibilita obtener la información requerida por el instrumento de medición.</p> <p>El instrumento de medición permite obtener resultados confiables, válidos y la información que requiere se obtenible a través del procedimiento metodológico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluadores externos. 2. Satisfacción de directivos con los resultados obtenidos expresadas en ejercicios de devolución con observadores externos y clientes.
Utilidad	<p>Se debe apreciar comprensión de los elementos recogidos en el cuestionario por parte de los participantes del equipo.</p> <p>Disposición del cliente de utilizar los resultados y extender la aplicación del procedimiento a todo el país.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se utilizaron observadores externos que no tuvieron conflictos de interés para la emisión de juicios de valor sobre el producto. 2. Se utilizaron criterios de investigadores externos al proyecto. 3. Se solicitó disposición del cliente.

	<p>El momento de intercambio con los equipos de dirección territoriales de los resultados obtenidos tras la aplicación del procedimiento, debe permitir apreciar concordancia con las dificultades y fortalezas de la práctica de los servicios en las redes exploradas.</p>	<p>1. Se utilizaron observadores externos de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud como evaluadores del procedimiento sin conflictos de interés. 2. Se utilizaron criterios de investigadores externos al proyecto.</p>
Eficiencia	<p>La aplicación del instrumento necesita un número reducido de unidades muestrales. El procedimiento de aplicación del instrumento se realiza en dos horas máximo. El instrumento puede ser aplicado tanto en formato papel como electrónico, no necesita condiciones especiales de local. Se establece una caracterización del nivel de integración de una red de servicio por un sistema reproducible con un mínimo de recursos humanos y materiales.</p>	<p>1. Se utilizaron observadores externos de la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud como evaluadores del procedimiento sin conflictos de interés. 2. Se utilizaron criterios de observadores externos evitando conflictos de interés.</p>

Los aspectos éticos de la investigación y desarrollo tomaron en cuenta la correcta utilización de las fuentes de información, así como una clara referencia a las bases teóricas y documentales que permitieron avanzar en el marco teórico. La información emanada del estudio se utilizó con fines académicos y se veló constantemente por garantizar la confidencialidad de las opiniones que se obtuvieron.

RESULTADOS

El módulo cualitativo para determinar el nivel de integración de una red consta de un procedimiento metodológico asociado a un instrumento para la captura de información desde la perspectiva de directivos y prestadores de una red. Para ello se utilizó un diseño multidimensional que incluye 4 dimensiones, 14 metas de integración y 82 criterios a evaluar. Los datos necesarios (A) y una sección del instrumento (B) se muestran a continuación:

Componentes del módulo cualitativo

A. Datos para el procedimiento metodológico

Fecha: _____

Región: _____

Departamento: _____

Municipio: _____

Tipo de unidad: _____

Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI): _____

Equipos Básicos de Salud Familiar (ECOSF): _____

Equipos Básicos de Salud Familiar Especializados (ECOSF-E): _____

Prestador _____ Función que realiza: _____

Directivo _____ Función que realiza: _____

De acuerdo a su percepción, marque la opción que mejor describa el momento en que se encuentra la red de servicios donde Ud. labora.

Para facilitar las respuestas le ofrecemos las siguientes definiciones:

La red de servicios está Fragmentada: la red donde usted labora no ha logrado satisfacer, según su percepción, la afirmación relacionada con el criterio explorado.

La red de servicios está Parcialmente Integrada: la red donde usted labora, según su percepción, ha logrado en parte satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

La red de servicios está Integrada: la red donde usted labora, según su percepción, ha logrado plenamente satisfacer la afirmación relacionada con el criterio explorado.

Le agradecemos su cooperación para la realización de esta investigación.

B. Sección del instrumento para la recogida de información de la herramienta cualitativa. El Salvador, 2013

Atributo/Meta de la Integración	Criterios	Red Fragmentada	Red Parcialmente Integrada	Red Integrada
1. Definido a partir del análisis de la situación de salud, la población y características del territorio a cargo de cada servicio. Evidenciar un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinaron la oferta y dinámica de servicios del territorio.	La red de servicio tiene claramente identificada la cantidad de población que atiende y su ubicación territorial.	-	-	-
	Para la definición de los servicios (recurso humano necesario, instrumental, equipos y espacios adecuados) se utiliza información actualizada sobre la población/territorio a cargo que proviene fundamentalmente del análisis de la situación de salud.	-	-	-

La aplicación de este módulo generó los resultados en la [tabla](#).

Tabla. Índices de integración resultantes después de la aplicación del módulo cualitativo en una red de servicios de salud en la República de El Salvador. 2013

Meta	Puntos posibles		Cantidad de criterios	Índice D*	Índice p**	Media
	D*	p**				
1. Análisis de la situación de salud	72	80	4	0,86	0,9	0,862
2. Servicios	108	120	6	0,81	0,8	0,811
3. Primer nivel	108	120	6	0,77	0,8	0,805
4. Especialidades	72	80	4	0,81	0,8	0,797
5. Coordinación	72	80	4	0,79	0,8	0,777
6. Programas, normas, guías	126	140	7	0,88	0,9	0,865
7. Dirección	180	200	10	0,81	0,8	0,811
8. Participación social	36	40	2	0,81	0,9	0,828
9. Gestión de apoyo	90	100	5	0,66	0,7	0,698
10. Recurso humano	162	180	9	0,63	0,7	0,654
11. Información	162	180	9	0,51	0,7	0,600
12. Presupuesto y estímulos	90	100	5	0,64	0,7	0,652
13. Gestión por resultado	72	80	4	0,78	0,8	0,764
14. Intersectorialidad	72	80	4	0,85	0,9	0,886

*Directivos, **Prestadores

El módulo cuantitativo tiene como objetivo evaluar la integración a partir de 4 dimensiones, 14 metas, objetivos e indicadores. Permite evaluar la integración globalmente y por meta, con un instrumento de verificación sobre la calidad de los datos a partir de la revisión de documentos primarios, aplicable de acuerdo al criterio del equipo de monitoreo. Permite además orientar el pensamiento de los gestores de red hacia áreas de integración analizadas desde una perspectiva multidimensional. Hay metas para todos los elementos que implican desarrollo para la integración de la red. Consta de 4 libros. El libro 1 (Fig. 1) contiene todas las metas, objetivos, indicadores y estándares a evaluar por atributo de integración y gráfica y resume automáticamente los resultados que se obtienen, el libro 2 (Fig. 2) agrupa las metas e indicadores según dimensiones de la integración, el libro 3 (Fig. 3) recoge los descriptores de todos los indicadores seleccionados y el libro 4 (Fig. 4) presenta un cuadro de mando para la planificación de intervenciones a las debilidades de integración identificadas. Todos los libros están hipervinculados para facilitar la navegación a través de los mismos.

Herramienta para el monitoreo de la integración en una Red de servicios de salud					Unidad de gestión de la Red				
Dimensión: Modelo de atención integral (Ir a agrupación por dimensiones)					Regreso a presentación			Ir a plan de medidas	
Comportamiento de cumplimiento de metas de las redes integradas de servicio de salud (RISS)					Integración para la Red			Evaluación	
Atributo 1. Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema					Meta Fragmentada	Meta Parcialmente Integrada	Meta Integrada	Total a obtener	%
Meta 1. Definido, a partir del Análisis de la situación de salud integral (ASSI), la población y características del territorio a cargo de cada servicio. Evidenciar un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinaron la oferta y dinámica de servicios del territorio.					0	1	0	7	57.142857
Objetivo 1. tener planificado el trabajo de acuerdo a las necesidades de la población territorio asignado.									
F/I*	Indicadores básicos	Estándar	Cumple	No cumple	Distribución del cumplimiento de indicadores. Meta 1 para la RISS, sistema básico de salud integral X (SIBASI X). Año 2011 				
3	% de ASSI que cumplan con lo exigido en los lineamientos operativos de los equipos básicos de salud familiar (EcosF).	100 %		1					
3	Existencia del Programa operativo anual (POA) hospitalario de acuerdo con los Lineamientos del POA para ese nivel y según categorización.	100 %	1						
	Proporción de equipos comunitarios de salud familiar que han elaborado el análisis de la situación de salud del territorio asignado.	100 %	1						
	Proporción de familias adscritas por los equipos comunitarios de salud familiar.	100 %	1						
	Tasa de incidencia de diabetes mellitus en hombres y mujeres de 20 a 59 años.	Incremento	1						
	Tasa de incidencia de hipertensión arterial en hombres y mujeres de 20 a 59 años.	Incremento		1					
	Tasa de incidencia de VIH.	Incremento		1					
	Total		4	3					

* Fuente de información

Fig. 1. Libro 1: Herramienta para el monitoreo de la integración en una red de servicios de salud. Sección de Indicadores de la Integración según metas y dimensiones.

Los indicadores en el módulo cuantitativo se construyeron tomando en cuenta las peculiaridades de estructura y proceso desde distintos espacios: micro-red, intermunicipal, departamental, regional o la totalidad de la red.

El instrumento cuantitativo incorpora un cuestionario de verificación en el terreno de la red que se evalúa. El cuestionario permite calificar en el terreno el cumplimiento del indicador que se haya fijado para la red. Se puede capturar este indicador desde la estadística continua o se puede construir el indicador verificando directamente los datos en las unidades de las redes y construyendo el indicador desde el terreno. Esto permite también valorar la calidad del dato que se emite por los sistemas estadísticos en el caso en que quiera verificarse.

Herramienta para el monitoreo de la integración en una red de servicios de salud						
Dimensión: modelo asistencial						
Descripción del indicador	Pregunta para el cuestionario	Verificación	Puntuación para el cuestionario	Criterio de medida	Unidades a visitar	Responsable de la medición
% de Análisis de la situación de salud integral (ASSI) que cumplan con lo exigido en los lineamientos operativos de los equipos básicos de salud familiar (EcosF) y especializados: Se refiere al cumplimiento en los establecimientos de primer nivel de lineamientos a través de la revisión del ASSI, actas de reunión y asamblea.	Hace un análisis de los datos contenidos en el ASSI. El plan de intervención está en consecuencia con las prioridades definidas en el ASSI. Tener atestados de cumplimiento del plan de intervención a la fecha. Exista acta de asambleas comunitarias donde se haya hecho la devolución del ASSI.	Documentos y actas.	0- No cumple con todos los criterios 0,5- Cumple parcialmente 1- Cumple totalmente con los criterios de calidad.	Total de unidades visitadas que cumplen / Total de unidades visitadas.	Ecos 1 y 2 de Guatajiagua.	-
Existencia del Programa operativo anual (POA) hospitalario de acuerdo a los Lineamientos de POA para ese nivel según categorización.	Hace un análisis de los datos contenidos en el diagnóstico situacional según POA. El plan de intervención está en consecuencia con las prioridades definidas en el diagnóstico. Tener atestados de las evaluaciones sistemáticas de la planificación establecida.	Documento del POA.	0- Si no cumple con todos los requisitos. 1- Si cumple con todos los requisitos.	Cumplimiento de los requisitos de los lineamientos.	Hospital de Gotera.	-
Proporción de equipos comunitarios de salud familiar que han elaborado el análisis de la situación de salud del territorio asignado.					Sistema básico de salud integral (Sibasi).	-
Proporción de familias adscritas por los equipos comunitarios de salud familiar. Implica que aparezca en el sistema el total de familias adscritas en el territorio y en las unidades las carpetas. Se verificará la veracidad del dato en el terreno.	Cuántas familias están asignadas para los equipos básicos de salud (Ecos) y cuantas familias están adscritas.	Sistema, documentos en los Ecos.	0- Si no cumple con el estándar en el 100% de los ecos evaluados y en el sistema 1- Si cumple con el estándar en el 100% de los ecos evaluados y en el sistema.	Familias adscritas / familias asignadas.	Ecos 1 y 2.	-
Tasa de incidencia de diabetes mellitus en hombres y mujeres de 20 a 59 años. Para el primer nivel de atención. Incremento de la tasa en dos períodos de tiempo o más. Serie temporal de enero a agosto del 2011 al 2013.		Vigilancia de programas de salud (VIGEPES).				-
Tasa de incidencia de hipertensión arterial en hombres y mujeres de 20 a 59 años. Para el primer nivel de atención. Incremento de la tasa en dos períodos de tiempo o más. Serie temporal de enero a agosto del 2011 al 2013.		VIGEPES.				-
Tasa de incidencia de VIH. Incremento de la tasa en dos períodos de tiempo o más. Serie temporal del 2009 al 2012.		Sistema de monitoreo de indicadores vía web (SIMMOW).				-

Fig. 2. Libro 2: Herramienta para el monitoreo de la integración en una red de servicios de salud. Sección de operacionalización de indicadores.

Línea base para la habilitación de la Red Integrada en el nivel primario de atención
Dimensión: Modelo de atención Integral

Atributo	Listado de indicadores			
	F/I*	Indicadores básicos	Cumple	No cumple
1				
	Total		0	0
2	F/I*	Indicadores básicos	Cumple	No cumple
	Total		0	0

* Fuente de información

Fig. 3. Libro 3: Herramienta para el monitoreo de la integración en una red de servicios de salud. Sección de indicadores agrupados según dimensión. Resultante: Herramienta para el monitoreo de la integración en una red de servicios de salud. Presentación de resultados.

Meta	Seguimiento de indicadores por Cuadro de Mando Integral								
	F/I*	Indicadores básicos	Problema detectado	Causas identificadas	Objetivos/ Metas	Actividades para la solución	Fecha de cump	Responsable	% Cumplimiento de meta
1									
2	F/I	Indicadores básicos							
3	F/I	Indicadores básicos							

* Fuente de información

Fig. 4. Libro 4: Cuadro de mando Integral para modelo de atención médica Integral.

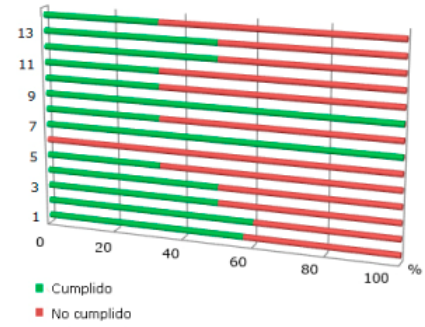
La Fig. 5, salidas del módulo cuantitativo, se muestra en cuatro partes (A,B,C,D).

La propuesta es que se usen los dos módulos (cuantitativo y cualitativo) en una misma red. Teniendo en cuenta que esta perspectiva permite buscar caminos para conciliar no solo el uso de estrategias e instrumentos de investigación provenientes de la metodología cuantitativa y cualitativa, sino también incentiva aproximaciones epistemológicas encaminadas a brindar mayor respaldo teórico. (Fig. 6).¹¹

Línea base de la integración

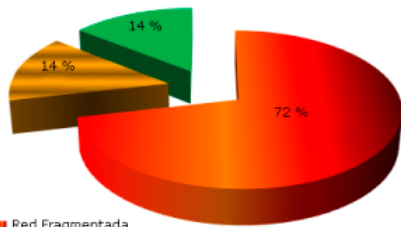
Fecha: Región: Red:

Atributos	Diagnóstico de indicadores				Integración para la red			Evaluación	
	Cumplimiento de Indicadores por atributo		Total de indicadores	Razón de Cump.	Red fragmentada	Red Parcialmente Integrada	Red Integrada	Total a obtener	%
	Cumplido	No cumplido							
Ass	4	3	7	0,6	71,4	14,3	14,3	46	47,8
Servicios	3	2	5	0,6					
Primer nivel	2	2	4	0,5					
Especialidades	1	1	2	0,5					
Coordinación	1	2	3	0,3					
Programas, normas, guías	0	2	2	0,0					
Dirección	2	0	2	1,0					
Participación social	1	2	3	0,3					
Intersectorialidad	1	0	1	1,0					
Gestión de apoyo	1	2	3	0,3					
Recurso humano	1	2	3	0,3					
Información	1	1	2	0,5					
Gestión por resultado	3	3	6	0,5					
Presupuesto y estímulos	1	2	3	0,3					
Total	22	24	46	0,5					



Producto de los talleres del MSP. Indicadores de distintas fuentes.

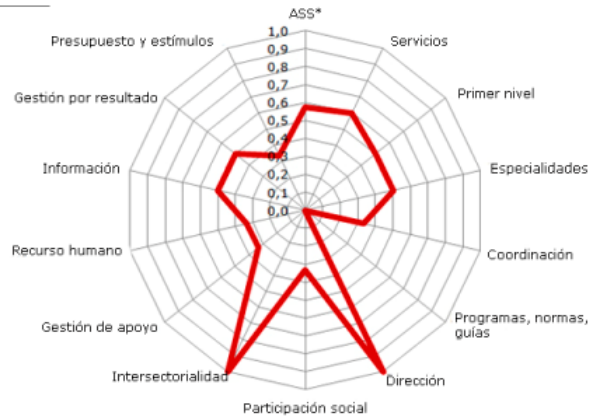
A



■ Red Fragmentada
■ Red Parcialmente Integrada
■ Red Integrada

Línea de base de la integración en la red de servicios. Red año.

C

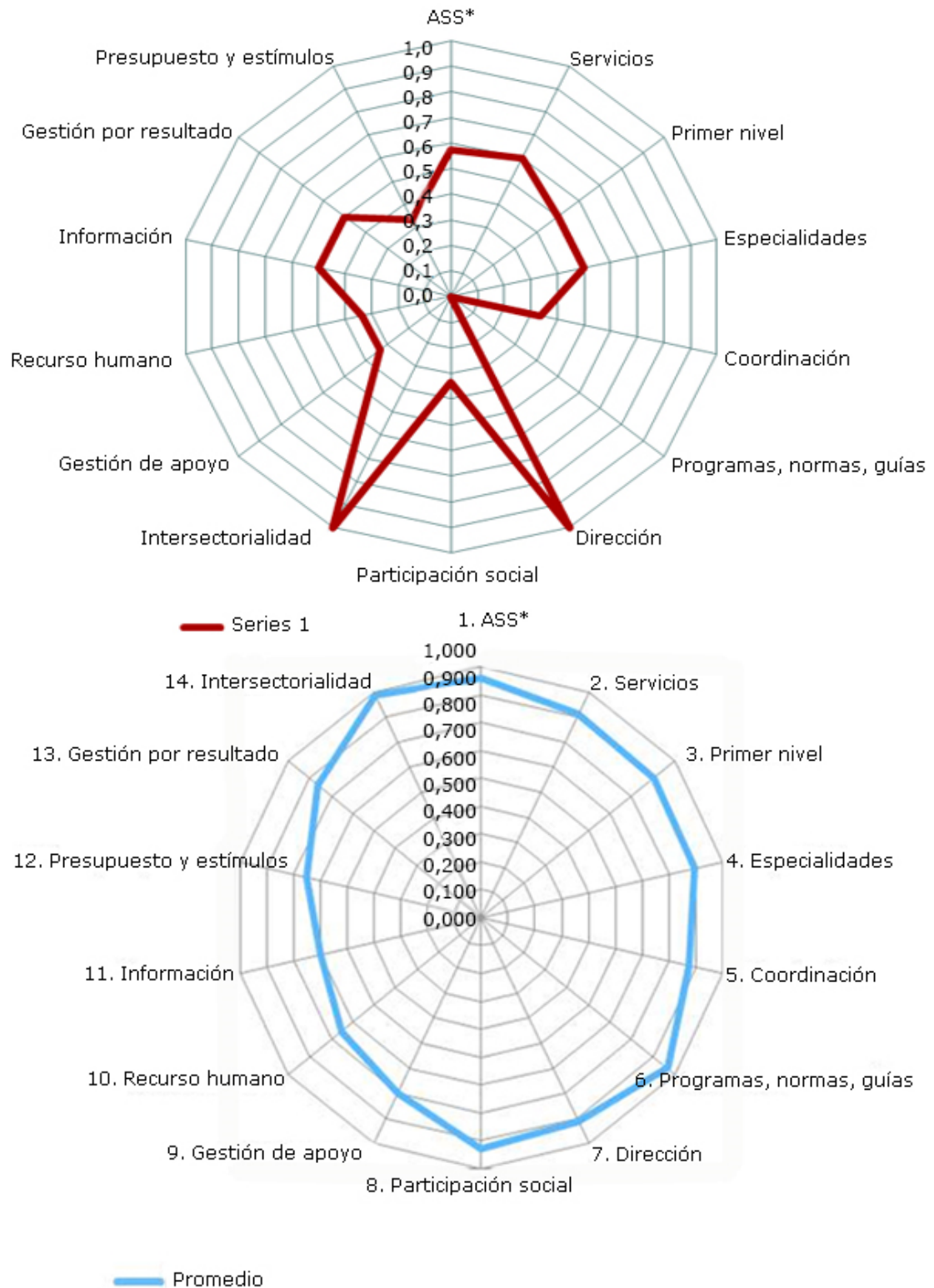


* Análisis de la situación de salud

— Series 1

D

Fig. 5. Resultante de la aplicación del módulo cuantitativo de la herramienta. El Salvador 2013.



* Análisis de la situación de salud.

Fig. 6. Gráficos resultantes de la aplicación de las herramientas cuantitativa y cualitativa.

DISCUSIÓN

Los módulos cuantitativo y cualitativo son autónomos. En dependencia de la solidez del sistema de información y de su captura de datos, se podrá elegir aplicar una de las dos estructuras modulares y hacer análisis independientes. El objetivo primario, no obstante, es triangular con ambas técnicas y resultados pero este hecho dependerá de la solidez del sistema de evaluación y la captura de información. Así, cuando se habla del empleo de un enfoque metodológico mixto se hace referencia al uso de estrategias de investigación complementarias destinadas a la recolección de datos. De manera que se logra una perspectiva más precisa del fenómeno, ayuda a clarificar y a formular el planteamiento del problema, así como las formas más apropiadas para estudiar y teorizar los problemas de investigación; la multiplicidad de observaciones produce datos más ricos y variados, ya que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos o ambientes y análisis. Además, se potencia la creatividad teórica con suficientes procedimientos críticos de valoración.²⁷

La técnica cualitativa da la posibilidad de identificar aspectos específicos en la red con debilidades en la integración para intervenir desde la perspectiva de dos de sus actores, directivos y prestadores. La técnica cuantitativa se basa en la conformación de indicadores y estándares de integración para una red de acuerdo a sus características, su situación y su evolución. Esta técnica da el índice de cumplimiento de estándares de integración que deberán ser posteriormente analizados por las autoridades de gestión de la red y el equipo técnico que evalúa.

Las dos herramientas manejan lo mismo en cuanto a las 4 dimensiones, 14 atributos y metas de integración. Las herramientas también grafican de la misma forma, para que sean compatibles aunque desde aproximaciones diferentes para poder triangular. La herramienta cualitativa convierte los datos obtenidos por esta técnica en datos cuantitativos a través de un procedimiento matemático que puede organizar en tablas y gráficos compatibles con los resultados de la herramienta cuantitativa y que permiten triangular la información.

La técnica cualitativa utiliza como referentes la teoría de la Percepción de Gestalt,²⁸ Redes de Mario Rovere,²⁹ el desarrollo de escalas opináticas tipo Likert y la metodología de triangulación para investigación cualitativa.³⁰ La lógica es que un grupo de personas que son llamadas grupos homogéneos que comparten una cualidad, que los hace pertenecer a un grupo o categoría particular, cumplen criterios de inclusión para este grupo y sean adecuados para calificar un área de la realidad utilizando su percepción de la misma, lo que está dado por la experiencia de rol en contexto que atesoran.

La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como se presenta, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta.³⁰ El procedimiento que se propone facilita hacer análisis de integración para una red de acuerdo a la perspectiva de dos de sus actores (directivos y prestadores). Permite además, observar la integración que alcanza una red de servicios y establecer comparaciones con otras redes a partir del cálculo y análisis de Índice General de Integración (IGI). También se pueden apreciar las metas en cada red con menor integración, aquellas que, del total de redes exploradas tienen mayores diferencias en cuanto integración y las integradas parcialmente, tanto desde el punto de vista general como particularizando en una red específica. Todo lo anterior aporta fundamentos a la sensibilidad de la herramienta para establecer diferencias y patrones del procedimiento metodológico.

En consecuencia, se puedan trazar estrategias para la solución de los problemas que se detecten dentro de los sistemas y redes de servicios a la salud.³¹ Todo esto si se tiene en cuenta que la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud no permite estandarización de los contenidos, la calidad, el costo y la provisión conduce a proveedores que no trabajan coordinadamente o de manera sinérgica, genera incrementos en los costos de la atención y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema.³²

En cuanto el módulo cuantitativo para evaluación de la red, los indicadores a usar hay que definirlos. No están prefijados pero se pueden utilizar total o parcialmente aquellos que se construyen en los sistemas aprobados de estadística continua. El equipo técnico para el monitoreo y evaluación de la red tiene que tener desarrollada capacidades para elaborar indicadores de integración para una red. Este módulo sirve para hacer intervenciones en la red de acuerdo a la información que obtengamos de acuerdo al cumplimiento de estándares fijados. Los indicadores dependerán de la complejidad (cantidad de unidades, líneas de servicio y áreas de la integración), alcance (cantidad de variables de integración que quieran medirse) y profundidad (sistemas de relaciones para la integración) de la red que se va a medir. Es un nodo crítico a tomar en cuenta la calidad del trabajo técnico para identificación de indicadores y estándares de la red que se va a monitorear. Los indicadores se deberían construir de acuerdo a criterios únicos pero descentralizados.

Si se va a medir el país se construirán indicadores de país y si es una microrred serán indicadores para esta en particular. Los resultados servirán para la toma de decisiones de los gestores y de red y los directivos de distintos niveles. Hay que conocer la red para construir los indicadores y hay que construir estándares para poder evaluar la situación concreta de integración. Es necesario tener un conocimiento de la teoría de redes y de lo publicado en materia de integración para entender la lógica de la herramienta y estar preparados para construir indicadores y sus estándares que son fundamentales para poder construir juicio y evaluar su situación.

El monitoreo y evaluación de redes con esta herramienta conlleva un ejercicio de planificación y construcción técnica, según contexto, de indicadores y estándares a cumplir para una red.

Tiempo de evolución de la red, integralidad en la construcción de indicadores y estándares, contexto de la red: son tres variables importantes para la construcción de indicadores y estándares.

La primera aproximación a indicadores será a partir de los que ya maneja la autoridad nacional y que se ubicaran en las 14 metas derivadas de los 14 atributos de integración aportados en el módulo cualitativo. El primer trabajo será para valorar la pertinencia de los indicadores que ya se manejan en el caso de la red nacional, regional, departamental, provincial, municipal, local u otra en dependencia de la división político-administrativa del país en que se aplique. Para el trabajo de campo que se decida para una red particular es posible que se necesite crear nuevos indicadores que puedan representarla mejor, pero el punto de partida es el pool de indicadores que ya se tiene.

Cada red establecerá sus peculiaridades a partir de indicadores que esa red generó de acuerdo a sus características. Lo que resulta estándar es el patrón de medición.

El mínimo de indicadores a construir para las metas cuantitativas será uno por meta, el máximo no está fijado. Ahora bien un solo indicador puede ser verificado en el campo a través de variables que serán evaluadas en las unidades a partir del

instrumento de verificación. No solo se tomará en cuenta para eso el o los indicadores que se seleccionen sino los mecanismos de verificación que se pueden establecer y las variables de campo que se medirán. La generación de estándares para cada variable o indicador es un elemento crítico del módulo cuantitativo.

Los gráficos y tablas de salida ayudarán a los gestores de las redes a hacer análisis tanto individuales como comparativos entre las redes exploradas. También contribuirán a realizar triangulación en el análisis de los resultados de acuerdo a diversos procedimientos. El instrumento aplicado en el módulo cualitativo permite la emisión de un juicio que facilita que la red se autoevalúe o que sea evaluada por terceros.

Los diseños mixtos permiten la obtención de una mejor evidencia y comprensión de fenómenos organizacionales aplicados al contexto de la integración de redes de servicios de salud y, por ello, facilitan el fortalecimiento de los conocimientos teóricos y prácticos.³³

La planificación³⁴ para la aplicación de los módulos es crítica para lograr resultados de calidad. El equipo técnico deberá planificar cuidadosamente la aplicación de cada módulo de acuerdo a sus características.

El producto multidimensional que se presenta para caracterizar la integración en redes de servicios de salud, tiene un enfoque mixto y puede ser utilizado en distintos contextos, horizontes temporales y cuenta con un respaldo metodológico adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare forum J.* 1993;36(2):20-6.
2. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Integrating health care delivery. *Health forum J.* 2000;43(6):35-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. Serie de Informes Técnicos, No 861. Ginebra: OMS; 1997.
4. World Health Organization. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1. Geneva: WHO; 2008.
5. 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 2014]; 35(4):34-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005&lng=es
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS). Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social (HSS/SP). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D. C.: OPS; 2008.

7. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Documento de Trabajo 353. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe; 1997 [citado 14 oct 2014]. Disponible en: www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf
8. Tarride M. Complejidad y Sistemas Complejos. Historia, ciencia y salud. 1995 [citado 4 Abr 2014]; 2(1):46-66. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v2n1/a04v2n1.pdf>
9. Tashakkori A, Teddlie CH, editors. Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
10. Creswell JW, Plano VL. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.
11. Mertens D. Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005.
12. Williams M, Unrau YA, Grinnell RM. The qualitative research approach. In: Grinnell RM, Unrau YA, editors. Social Work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 75-87.
13. Bacallao J, Alerm A, Artiles L. Texto Básico de Metodología de la Investigación Educacional. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: ENSAP; 2002.
14. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México: McGraw-Hill; 2006.
15. World Health Organization. Strategy on research for health. Geneva: WHO; 2012 [cited 2014 Feb 25]. Available from: http://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf
16. 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. 2011 [citado 25 Feb 2014]; 27(4):421-34 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400001&lng=es
17. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Fernández Díaz IE. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 12 Feb 2014]; 25(4):86-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252009000400009&lng=es
18. Zatsiorski V. Metrología Deportiva. La Habana: Pueblo y Educación; 1989.
19. Lissabet Rivero JL. La utilización del método de evaluación de expertos en la valoración de los resultados de las investigaciones educativas [tesis]. Granma: Universidad Pedagógica "Blas Roca Calderio"; 1998 [citado 21 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.bibliomaster.com/pdf/609.pdf>
20. Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968.

21. López Puig P, Torres Esperón M, Segredo Pérez AM, Alonso Carbonell L, Martínez Trujillo N. Criterios e indicadores para la caracterización de la integración en el sistema nacional de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citado 19 Oct 2013]; 37(4): 394-415. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400005&lng=es
22. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4. Washington, D. C.: OPS; 2010.
23. _____. Resolución CD 49/16. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Acta del 49º consejo directivo, 61ª sesión del comité regional. Washington, D. C.: OPS; 2009.
24. 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. Correo Científico Médico. 2012 [citado 21 Feb 2014]; 16(4). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/476>
25. Black N. Consensus development methods. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative methods in health care. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 132-41.
26. López Puig P, Alonso Carbonell L, Garcia Milian AJ. Validación de un procedimiento metodológico para evaluar nivel de integración en una red de servicios de salud. Rev Salud Quintana Roo. 2013 [citado 4 Abr 2014]; 26(6). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=100173&id_seccion=3320&id_ejemplar=9756&id_revista=198
27. Morse JM. Principles of mixed methods and multimethod research design. In: Tashakkori A, Teddlie CH, editors. Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003. p. 189-208.
28. Oviedo L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista Estudios Sociales. 2004 [citado 4 Ene 2014]; 18: 89-96. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2349282.pdf>
29. Rovere M. Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad (reimpresión). Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
30. Amescua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002 [citado 10 Ene 2014]; 76(5): 423-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es
31. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? Rev Cienc Salud. 2006 [citado 4 Abr 2014]; 4(1): 5-9. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/79/79132235-59ce-42f2-8a78-e72e03d1a331.pdf
32. Ruales J. Elementos críticos de la organización del modelo de prestación para mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud. Curso Desafíos de la

protección social en salud para la población materno-infantil: equidad, acceso y resultados en salud. México, D. F.: representación OPS; 2007 [citado 26 Feb 2014]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/.../Elementos_criticos_org_modelo_p_restacion_mejorar_acceso_utiliz_serv_salud-OPS

33. Pereira Pérez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. Rev Electrónica Educare. 2011 [citado 31 Mar 2014];XV(1). Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=194118804003>

34. Armijo M. Manual de planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. Santiago: ILPES/CEPAL; 2009 [citado 4 Abr 2014] Disponible en: http://www.eclac.cl/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf

Recibido: 18 de marzo de 2014.

Aprobado: 16 de abril de 2015.

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

^a Informe de resultado de talleres del TCC Minsap Cuba-Minsal/OPS El Salvador para el desarrollo del Objetivo 1 de la Reforma de Salud (Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud). Sept-Oct 2013.