

---

## ARTICULO ORIGINAL

### Evaluación de la resolutivez en equipos básicos de salud en el municipio Tercer Frente. 2016

### Evaluation of poor effectiveness in basic health teams in Tercer Frente municipality. 2016

---

Dra. Onelis Chacón Viltres,<sup>I</sup> Dra C. Ana Julia García Milián<sup>II</sup>, Dr. C Pedro López Puig<sup>III</sup>, Dra. Liuba Alonso Carbonell<sup>IV</sup>

- I. Especialista I Grado en Medicina Interna y Máster en Salud Pública
- II. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.
- III. Oficina OPS. Paraguay
- IV. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínico

Email. [purmed@infomed.sld.cu](mailto:purmed@infomed.sld.cu)

---

## RESUMEN

**Introducción.** La capacidad resolutive constituye una resultante para mejorar el desempeño de las redes integradas de salud. **Objetivo.** Evaluar la resolutivez de los Equipos Básicos de Salud según la ejecución de procesos clave en el municipio Tercer Frente y explorar la percepción de pacientes en relación a la capacidad resolutive.

**Método.** Investigación en sistemas y servicios de salud. La información se obtuvo aplicando formularios previamente validados en Consultorios Médicos de la Familia; como fuente de información se empleó la historia clínica de paciente y cuestionario a usuarios.

**Resultados.** Hubo predominio de estabilidad baja 76.6%, de los EBS y media el 66.6% de los Grupos básicos. Un 56% dispensarizaron su población entre un 90 y 100%. El cumplimiento del ASIS fue alto 30%. Los pacientes con Diabetes Mellitus mostraron mejor control con 82%, seguido de la Hipertensión arterial y la Cardiopatía con el 80%. El riesgo que mejor se controló con 91% fue el preconcepcional. El 56.6 % de los equipos básicos presentaron capacidad resolutive inadecuada. Mientras que el 43.3% presentó capacidad salutogénica media. El 67,3 % de los pacientes coincidió en que siempre estuvo disponible equipo de salud. **Conclusiones.** La capacidad resolutive de los Equipos Básicos de Salud fue inadecuada dada por los resultados de la evaluación de la estabilidad, cumplimiento de la dispensarización y de las acciones del Análisis de la situación de salud; la percepción de los pacientes fue buena en su mayoría.

**Palabras clave:** Evaluación, resolutivez, equipos básicos de salud, Tercer Frente

---

---

**ABSTRACT:**

**Introduction.** The resolute capacity is a result to improve the performance of the integrated health networks. **Objective.** Evaluate the resolution of the Basic Health Teams according to the execution of key processes in Tercer Frente municipality and explore the perception of patients in relation to the resolute capacity.

**Method.** Research in health systems and services. The information was obtained by applying previously validated forms in Family Medical Offices; as a source of information, the patient's clinical history and user questionnaire were used.

**Results:** There was predominance of low stability 76.6%, of the basic health teams and 66.6% of the Basic Groups. 56% controlled their population in 90 and 100%. Compliance with the ASIS was high 30%. Patients suffering Diabetes Mellitus showed better control with 82%, followed by those suffering hypertension and cardiopathy with 80%. Pregnancy prevention was the risk best controlled with 91%. 56.6% of the basic teams presented inadequate resolution capacity. While 43.3% presented a salutogenic capacity average. 67.3% of patients agreed that health groups were always available.

**Conclusions** The resolute capacity of Basic Health Teams was inadequate given the results of the evaluation of stability, the control and actions of the analysis of the health situation; the perception of the patients was mostly good.

**Key words:** Evaluation, resolutivity, basic health equipment, Segundo Frente.

---

**INTRODUCCIÓN**

La medicina moderna, confía en su poder terapéutico y en el progreso científico técnico, de esta manera agota sus esfuerzos y recursos en actividades curativas cada vez más sofisticadas y caras. La confianza de la mayoría de los países industrializados en la alta tecnología, los servicios diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, determina que estos gastos sobrepasen las posibilidades de cualquier economía a la vez que impide que exista igualdad en la atención médica en todos los contextos.<sup>1</sup>

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna, tal como lo sugiere la carta de la Organización de las Naciones Unidas.<sup>2</sup> El modelo del Médico y la Enfermera de la Familia implantado en Cuba, después de experiencias iniciales, a fines de los años 80 y que llega tanto a zonas rurales como urbanas persigue agrupar integralmente las acciones de salud, dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, con el ahorro de esfuerzos, el incremento de la eficiencia e integración de todos los factores, de esta forma se trabaja en función de garantizar el derecho a la salud de toda la población.<sup>3</sup>

Con el transcurso del tiempo los profesionales y técnicos incorporados al programa, ganaron el merecido crédito de sus aportes a servicios de atención a la salud con fuerte capacidad resolutive y alcance a los heterogéneos problemas de salud de la población.<sup>4</sup>

En tal sentido son innegables los éxitos obtenidos aplicando la promoción y la prevención en la lucha contra enfermedades transmisibles, pero no se puede decir lo mismo cuando se hace referencia a las enfermedades no trasmisibles (ENT), considerado el desafío epidemiológico más grande de la historia de la humanidad.<sup>5</sup>

Las ENT son las responsables del 60 % de las muertes en el mundo. En el 80 % de los países industrializados, estas enfermedades exigen el 80 % de los gastos sanitarios

totales.<sup>6</sup> Cuba no está exenta de este problema y probablemente la afectará más en el futuro si no se aplican las medidas necesarias al respecto. Al cierre del año 2015, la situación de salud del país se caracterizó por un predominio de las ENT. Se destacaron como las principales causas de muerte las enfermedades del corazón con tasa bruta de 212.6 por 100 mil habitantes, los tumores malignos con 211.6 y la enfermedad cerebrovascular con tasa de 82.9 por 100 mil habitantes.<sup>7</sup> En consonancia con este cuadro de salud, Santiago de Cuba registra sus mayores tasas de mortalidad en tumores malignos y enfermedades del corazón, ambas con tendencia al crecimiento.

La consolidación de los sistemas de control en salud, como parte de la estrategia dirigida a enfrentar las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud,<sup>8</sup> con énfasis en la reducción de la mortalidad prematura por estas causas ha tenido en cuenta las potencialidades creadas en el país y debe lograrse en el nivel primario de salud en un 80 a 90 %, según lo señalado por varios autores, lo que constituiría su capacidad resolutive ideal.<sup>9-11</sup>

Según Donabedian la capacidad resolutive 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>12</sup> En este trabajo, la capacidad resolutive del Equipo Básico de Salud se define operacionalmente, como el resultado evidenciable que puede ofrecer uno o un 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.

Se realizan aproximaciones a la capacidad resolutive 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 resolutive vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud.

Los estudios encaminados a determinar capacidad resolutive en un nivel de atención o servicio utilizan con frecuencia 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 interdisciplinario 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 resolutive.<sup>13</sup>

La capacidad resolutive en la atención primaria de salud (APS) se aborda 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>14</sup>

Para el usuario de los sistemas de salud, adquiere mucha importancia la percepción de la resolución del problema de salud que lo aqueja y por el cual acude a solicitar atención y considera la recuperación de su estado de salud, de manera tal que le permita gozar de una buena calidad de vida. La valoración de la satisfacción frente a la atención recibida es un factor considerado determinante en el éxito de un tratamiento y de la adhesión, por parte del usuario, a la institución que cuida de su salud. Esto tiene implicación tanto a nivel personal como también en el buen funcionamiento del sistema de salud y su correspondiente imagen ante la opinión pública.<sup>15</sup>

A la luz de lo anterior se hace necesaria la reorientación de los procesos asistenciales, entendiendo y mejorando los aspectos de la continuidad de la atención y el trabajo mancomunado en salud donde intervienen múltiples profesionales, de manera tal que adquieran mayor auge la resolutive y el trabajo en equipo, elementos que fundamentan la obligación ética de todo trabajador de la salud, la cual es entregar una atención de calidad.

Desde el punto de vista de los resultados finales de salud de los pacientes, entenderíamos que la atención primaria es resolutoria si es accesible y desarrolla su responsabilidad de atención integral, a través de la gestión del conjunto del proceso asistencial, con independencia del nivel que se requiera para la atención. Al mismo tiempo, el liderazgo clínico dentro de las organizaciones de atención primaria tiene que posibilitar la respuesta de equipos para aquellos problemas de salud que tienen que ser abordados específicamente desde el primer nivel de atención.

Un elemento a tener en cuenta es que la definición de poder resolutorio no es homogénea para todas las organizaciones de atención primaria: el entorno sanitario, la diversidad territorial y el perfil clínico de los equipos son decisivos para la distribución de los recursos a fin de hacer posible un resultado, lo más homogéneo y equitativo posible, en la población.<sup>16</sup>

La capacidad resolutoria, según autores, puede ser medida a través de varias de las acciones que se realizan por parte de los Equipos Básicos de Salud (EBS) y que deben implicar resultados de desempeño en salud para sus poblaciones. Entre estas acciones podrían mencionarse el ingreso en el hogar, la atención médica directa, la atención al enfermo en estado terminal y a su familia y el seguimiento de pacientes atendidos en segundo y tercer niveles de atención y la dispensarización y (ASIS); consideradas estas dos últimas como las más importantes y abarcadoras.<sup>17-20</sup>

La dispensarización es 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. Este proceso coordinado y ejecutado por el EBS se considera la herramienta básica de la capacidad resolutoria que pueda generarse en el primer nivel de atención.<sup>21,22</sup>

Por su parte, el ASIS es una de las herramientas de los profesionales de la atención primaria de salud. Para la Organización Panamericana de Salud, el ASIS, es la primera función esencial de salud pública y es 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>23-25</sup> Ambas acciones de conjunto, marcan la diferencia con los enfoques estrictamente biomédicos y clínicos.

Cuba tiene un sistema único de prestación integrado<sup>26</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>10, 27</sup> señalan 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 resolutoria 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.

La capacidad resolutoria que logren los EBS, 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).<sup>28</sup>

El conocimiento que se tenga sobre capacidad resolutive en un área de salud facilita el desarrollo de estrategias de mejora de la estructura y procesos en base a información contrastable. Constituye pues la capacidad resolutive una resultante a tomar en cuenta para el mejoramiento de la integración de las redes de servicios, entendiendo 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>29</sup>

En la actualidad, el sistema de salud cubano se encuentra inmerso en un proceso de reordenamiento de la atención primaria de salud a lo cual el municipio Tercer Frente del plan turquino santiaguero no está ajeno del cambio cualitativo de su gestión desde el 2008. Con un total de 37 EBS certificados para la atención de una población dispenzarizada del 95 % que representan un total de 26948 habitantes siendo del grupo I (supuestamente sanos) el 24 .1 % del Grupo II (En riesgo) el 41.2%, Grupo III (Enfermos) 31.7% y Grupo IV (con discapacidad) el 3.0%.

Las enfermedades no trasmisibles que más inciden son Hipertensión Arterial con 16.5%, el Asma Bronquial 5.4%, Diabetes Mellitus con 2.1%, la Cardiopatía Isquémica 2.2 % la Enfermedad Cerebrovascular con 0.6 %, estando la mortalidad por causas seleccionadas en coherencia con el cuadro nacional. (Análisis de la Situación de Salud. Municipio Tercer Frente. Año 2016).

Dado este cuadro de salud y con la finalidad de propiciar mayor dinamismo a las acciones de salud, para obtener resultados superiores y alcanzar un desempeño óptimo en la atención a los ciudadanos, es oportuno evaluar, ajustado a las características del municipio, la resolutive que alcanzan los Equipos Básicos de Salud con el fin de identificar las fortalezas y debilidades y en consecuencia sentar las bases para la organización de las labores concertadas de desarrollo institucional que contribuyan a mejorar el ejercicio de la salud pública.

En tal sentido se desarrolla esta investigación con el objetivo de evaluar la resolutive de los EBS según la ejecución de los procesos clave (dispenzarización y ASIS), en el municipio Tercer Frente, Santiago de Cuba y explorar la percepción de los pacientes en relación a la capacidad resolutive de los EBS.

## **MÉTODO**

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de tipo evaluativo, encaminado a evaluar la resolutive de los EBS en la APS en el municipio Tercer Frente ubicado en la vertiente suroriental de la provincia Santiago de Cuba, en el período comprendido entre abril del 2016 y febrero 2017.

Se realizó una revisión bibliográfica y documental utilizando el modelo Big 6<sup>30</sup> como modelo de gestión de información en cuanto a las temáticas: capacidad resolutive, procesos clave en el primer nivel de atención y procedimientos diseñados para el primer nivel de atención en Cuba.

En la fase de organización se sostuvo un encuentro con los consejos de dirección de los policlínicos Cruce de los Baños y Esteban Caballero Estrada con la finalidad de explicarles los objetivos de este trabajo, se estableció las coordinaciones para la obtención de la información, igualmente con los EBS que resultaron afectados por el estudio.

El universo estuvo conformado por los 35 EBS que laboran en los consultorios del médico y enfermera de la familia del municipio Tercer Frente. Se trabajó con 30 EBS del universo que fueron los que permanecieron completos (contaron con médico y enfermera de la familia) y estables (presencia del mismo personal), durante al menos los últimos 6 meses previos a la medición.

Para el objetivo dos el universo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes atendidos por los EBS que laboraron en los consultorios del médico y enfermera de la familia del municipio Tercer Frente.

Muestra: Se conformó por 10 pacientes del grupo dispensarial III y IV de cada uno de los CMF evaluados y seleccionados de forma aleatoria simple. Los pacientes seleccionados fueron los correspondientes a diez de las historias clínicas revisadas, como parte del procedimiento empleado para dar salida al objetivo 1. Se incluyeron sujetos que conservaban capacidad mental para responder el cuestionario, previo a la aplicación del instrumento se obtuvo el consentimiento para participar.

Se utilizó el instrumento confeccionado por un comité de expertos de reconocido prestigio nacional en el campo de la APS, que laboran en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Este instrumento fue empleado en el proyecto de investigación sobre evaluación del desempeño del sistema de salud cubano en la aplicación de la estrategia de la APS al que se incorpora nuestra investigación. Constó de dos bloques, un primer bloque con los datos generales del consultorio y un segundo bloque con las variables que permitirán identificar la resolutivez del mismo. Se incluyeron variables de resolutivez. Anexo 1

Se inspeccionó la evidencia documental recogida en el ASIS, dispensarización e historias clínicas individuales en cada uno de los EBS. El instrumento fue llenado por un personal, previamente entrenado en su aplicación, en algunos casos fue la propia autora y en otros los jefes de GBT y especialistas funcionarios de APS del nivel municipal.

Se seleccionaron 10 historias clínicas por muestreo aleatorio simple, 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 tomó en cuenta la capacidad resolutivez del EBS para controlar cada uno de ellos como entidad independiente, lo que constituyó la base para la asignación de puntos y la clasificación según escala. Para ello, se determinó la capacidad resolutivez resultante y la carga total de factores de riesgo y enfermedad presentes en la muestra seleccionada, entendida esta última, como el impacto de las acciones de salud desarrolladas por el EBS sobre el nivel de salud en la muestra seleccionada en este caso una reducción en la exposición al factor de riesgo.

Después de seleccionada la muestra de historias clínicas no se hicieron elecciones adicionales.

El objetivo 2, permitió evaluar, desde la perspectiva del usuario, la resolutivez de los EBS. El instrumento fue diseñado por la autora y fue sometido a pruebas de validez de contenido ajustado a las particularidades del territorio. Previo a su aplicación el personal encargado de la misma recibió una capacitación dirigida a socializar la metodología del proceso de evaluación.

Se aplicó, en el CMF o durante una visita al hogar, una encuesta a los pacientes del grupo III y IV que resultaron elegidos para participar. El instrumento (encuesta) fue completado por el mismo personal que evaluó el EBS según la respuesta ofrecida por el paciente.

Se depositó en una base de datos creada en Excel los resultados obtenidos con el instrumento en cada uno de los EBS. Para asignar la puntuación y realizar el cálculo final de la capacidad resolutoria de un EBS, se sumaron todos los puntos generados a través del llenado del instrumento y se identificó el porcentaje obtenido del total posible (Máximo de puntos a obtener por un EBS: 25 puntos). Para la interpretación de los resultados, se cruzaron los aspectos generales y específicos propuestos lo que permitió un análisis en contexto.

Se transcribió la información obtenida en una base de datos creada al efecto. Se utilizaron medidas de tendencia central para variables cuantitativas (edad) y frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables cualitativas.

Las direcciones de áreas de salud de Cruce de los Baños y Esteban Caballeros apoyaron la realización de la investigación con el compromiso de poner en práctica los resultados, la investigación se insertó en una líneas de investigación en Servicios y Salud que lidera la Escuela Nacional de Salud Pública .Previo a la ejecución de la investigación se consultó y solicitó autorización de cada una de las autoridades sanitarias de las instancias municipal y de las dos áreas de salud mediante un modelo de consentimiento. Se cumplieron los procedimientos reguladores aplicables y las recomendaciones para estudios con seres humanos de la Declaración de Helsinki, se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, la cual solo será utilizada con propósitos docentes e investigativos y no con fines evaluativos o de gestión de servicios.

## RESULTADOS

La distribución de los EBS según la población asignada muestra que para el año 2016, al 46.6 % de los EBS correspondió una población media, en tanto al 20% de estos representados por 6 EBS, correspondió una población máxima. Es válido aclarar, que en el territorio del Tercer Frente distante de los poblados cabeceras donde se registra la mayor densidad poblacional, existe una población dispersa considerable atendida por 10 EBS que representaron el 33.3% con asignación mínima de población.

En la tabla 1 se presenta la distribución de los EBS y GBT investigados según la estabilidad, en tal sentido, hubo un predominio de la categoría baja (especificar tiempo que se incluye en esta categoría aquí o en la propia tabla) que representó el 76.6%, el resto de los EBS se ubicó en la categoría media. Vale aclarar que, en el estudio, ninguno de los EBS estudiados tuvo una estabilidad superior a dos años correspondiente a la categoría alta.

En lo referente a los Grupos Básicos de Trabajo (GBT), se aprecia que el 66.6%, presentaron una estabilidad media, en tanto en la categoría alta no clasificó ninguno de los GBT con que cuenta el territorio.

Tabla 1. Distribución de Equipos Básicos de Salud y Grupos Básicos de Trabajo según su estabilidad

| <b>Estabilidad del recurso humano</b> |           |                 |
|---------------------------------------|-----------|-----------------|
| <b>EQUIPO BÁSICO DE SALUD</b>         | <b>No</b> | <b>% (n=30)</b> |
| Alta                                  | 0         | 0               |
| Media                                 | 7         | 23.3            |
| Baja                                  | 23        | 76.6            |
| <b>GRUPO BÁSICO DE TRABAJO</b>        |           |                 |
| Alta                                  | 0         | 0.0             |
| Media                                 | 2         | 66.6            |
| Baja                                  | 1         | 33.3            |

Un 56% de los EBS dispensarizaron su población entre un 90 y 100% éstos representaron un total de 17, en tanto, 4 EBS (13.3 %) dispensarizó el 49% o menos de su población lo que expresa la falta de priorización en este proceso clave del nivel primario de atención y que determina calidad de otros procesos. El cumplimiento de las acciones planificadas en el ASIS fue alto en el 30% de los CMF y medio en el 53.2% de ellos. Los restantes 5 CMF tuvieron un cumplimiento bajo o nulo. Tabla 2

Tabla 2. Distribución de equipos básicos de salud según ejecución de los procesos clave (Dispensarización y ASIS).

| <b>Procesos clave</b>                                    |            |                 |
|--|------------|-----------------|
| <b>CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PLANIFICADAS EN ASIS</b> |            |                 |
|  | <b>No.</b> | <b>% (n=30)</b> |
| Nulo   | 2          | 6.6             |
| Bajo   | 3          | 10.0            |
| Medio bajo   | 8          | 26.6            |
| Medio Alto   | 8          | 26.6            |
| Alto   | 9          | 30.0            |
| <b>POBLACIÓN DISPENSARIZADA POR EL EBS</b>               |            |                 |
| 100% de la población                                     | 4          | 13.3            |
| Entre el 90 y 100% de la población                       | 17         | 56.6            |
| Entre el 90 y 50 % de la población                       | 3          | 1.0             |
| 49% o menos de la población                              | 4          | 13.3            |
| Población sin dispensarizar                              | 0          | 0.0             |

En los grupos dispensariales III y IV se registraron las frecuencias más elevadas de cumplimiento mínimo de evaluación para los grupos, donde se obtuvo el 81.0% y 78.0% respectivamente, en tanto en el grupo I se dejaron de evaluar con la

periodicidad establecida el 44% de la muestra, por lo que resultó el de inferiores resultados dentro de los grupos dispensariales, Tabla 3

Tabla 3. Distribución del cumplimiento de la frecuencia mínima de evaluación en las historias clínicas según grupo dispensarial

| GRUPO DISPENSARIAL | CUMPLIMIENTO DEL NÚMERO MÍNIMO DE EVALUACIÓN |              |     |          |
|--------------------|--|--------------|-----|----------|
|                    | SI   | %<br>(n=300) | NO  | %(n=300) |
| Grupo I            | 198  | 66.0         | 112 | 44.0     |
| Grupo II           | 216  | 72.0         | 84  | 28.0     |
| Grupo III          | 243  | 81.0         | 57  | 19.0     |
| Grupo IV           | 234  | 78.0         | 66  | 22.0     |

Los pacientes con Diabetes Mellitus mostraron el mejor resultado en el control con un 82% del control de los pacientes, seguida de la Hipertensión arterial y la Cardiopatía con el 80%, el Asma bronquial obtuvo el más bajo porcentaje del control de los pacientes con el 71%.

El riesgo que mejor se controló dentro de los pacientes incluidos en la muestra con un 91% fue el riesgo preconcepcional. El sedentarismo con el 30% mostró el más bajo porcentaje en la evidencia del control de los riesgos seleccionados. Tabla 4

Tabla 4. Distribución de pacientes controlados en historias clínicas según enfermedades no transmisibles seleccionadas y evidencia del control de riesgo

| Control                      | PACIENTES CONTROLADOS EN HISTORIAS CLÍNICAS |              |     |              |
|------------------------------|---|--------------|-----|--------------|
|                              | SI  | %<br>(n=300) | NO  | %<br>(n=300) |
| <b>ENT SELECCIONADAS</b>     |   |              |     |              |
| Hipertensión Arterial        | 240   | 80.0         | 60  | 20.0         |
| Diabetes Mellitus            | 246   | 82.0         | 54  | 18.0         |
| Asma Bronquial               | 213   | 71.0         | 87  | 29.0         |
| Cardiopatía Isquémica        | 240   | 80.0         | 60  | 20.0         |
| <b>RIESGOS SELECCIONADOS</b> |   |              |     |              |
| Hábito de fumar              | 183   | 61.0         | 117 | 39.0         |
| Sedentarismo                 | 90  | 30.0         | 210 | 70.0         |
| Ingesta de alcohol           | 162   | 54.0         | 138 | 46.0         |
| Riesgo Pre-concepcional      | 273   | 91.0         | 127 | 42.3         |
| Obesidad                     | 183   | 61.0         | 117 | 39.0         |

En el estudio el 56.6 % de los EBS incluidos, presentaron una capacidad resolutive inadecuada. Mientras que el 43.3% presentó una capacidad salutogénica media donde se ubican la mayor parte de los EBS y que 20% correspondió a la categoría alta representado por 6 EBS. Tabla 5

Tabla 5. Distribución del EBS según capacidad salutogénica y resolutive

| CAPACIDAD SALUTOGÉNICA | EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD |          |
|------------------------|--------------------------|----------|
|                        | No.                      | % (n=30) |
| Alta                   | 6                        | 20.0     |
| Media                  | 13                       | 43.3     |
| Baja                   | 11                       | 36.6     |
| CAPACIDAD RESOLUTIVA   |                          |          |
| Adecuada               | 13                       | 43.4     |
| Inadecuada             | 17                       | 56.6     |

Es muy importante la valoración que los pacientes hacen de la calidad de los servicios recibidos del EBS, aun cuando en su criterio exista un componente subjetivo y no se ajuste del todo a los resultados alcanzados en el servicio, ya que pueden expresar sobrevaloración cuando los resultados son desfavorables. En los aspectos relacionados con la disponibilidad del EBS el 67,3 % de los pacientes encuestados coincidió en que siempre estuvo disponible el EBS, solo el 7.9% de los pacientes presentó respuestas dentro de las categorías casi nunca y nunca. Teniendo en cuenta la citación de las consultas programadas los resultados fueron evaluados con el 54.0% para la categoría siempre y el valor menor corresponde a la categoría casi nunca con 4.3 % de respuestas de los pacientes encuestados. Se observa predominio de las evaluaciones, siempre y a veces, en los aspectos relacionados con la enfermedad de los pacientes lo que hablan de un nivel mayoritario de satisfacción.

Alcanzan la satisfacción con el control, por parte del EBS, de la adherencia al tratamiento el 60.3% de pacientes encuestados y el 11.6 % que representan 33 pacientes crónicos refieren nunca le fue controlado este aspecto en el transcurso de un año.

Otro aspecto valorado en relación con el tratamiento tuvo que ver con disponibilidad de método para tomar los fármacos. Este ítem presentó resultados de siempre en el 81.0% y el 7% de los pacientes refirió que, nunca. Tabla 6

Tabla 6. Distribución de paciente según satisfacción con EBS

| SATISFACCIÓN  | EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN |              |         |              |            |              |       |              |
|---|-------------------------------|--------------|---------|--------------|------------|--------------|-------|--------------|
|   | SIEMPRE                       |              | A VECES |              | CASI NUNCA |              | NUNCA |              |
|   | No.                           | %<br>(n=300) | No.     | %<br>(n=300) | No.        | %<br>(n=300) | No.   | %<br>(n=300) |
| <b>ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PACIENTES</b>    |                               |              |         |              |            |              |       |              |
| Preocupación del EBS por el control de su enfermedad        | 171                           | 57.0         | 95      | 31.6         | 7          | 2.0          | 27    | 9.0          |
| Se consultan y consideran sus criterios sobre su enfermedad | 156                           | 52.0         | 85      | 28.3         | 51         | 17.0         | 8     | 2.6          |
| <b>ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO</b>             |                               |              |         |              |            |              |       |              |
| Control por EBS de la adherencia al tratamiento             | 181                           | 60.3         | 78      | 26.0         | 8          | 2.6          | 33    | 11.6         |
| Disponibilidad de método para tomar los fármacos            | 245                           | 81.0         | 32      | 10.6         | 3          | 1.0          | 21    | 7.0          |
| <b>ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN A PACIENTES</b>    |                               |              |         |              |            |              |       |              |
| Disponibilidad del EBS                                      | 202                           | 67.3         | 74      | 24.6         | 11         | 3.6          | 13    | 4.3          |
| Citación a consulta programada                              | 162                           | 54.0         | 90      | 30.0         | 13         | 4.3          | 35    | 11.6         |

## DISCUSIÓN

Los autores consideran una debilidad la pobre estabilidad de los prestadores toda vez que el movimiento frecuente de los EBS constituye un elemento negativo que impide consolidar las acciones básicas relacionadas con los procesos clave de este nivel de atención y junto a otros factores influye decisivamente en el cumplimiento de metas y objetivos del sector.

En este sentido la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria en el documento "Prioridades Gremiales: Visión de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria", establece la necesidad "de crear una Política Integral para Desarrollo del Recurso Médico de la Atención Primaria, con el objetivo de hacer atractivo el trabajo en este nivel de atención y así disminuir el déficit y la alta rotación de los médicos en la atención primaria lo que va en directo beneficio de la población que se atiende en el Sistema Público de Salud, al mejorar la calidad de la atención brindada", determinando medidas en relación con esta política, en donde destacan: mejorar los rendimientos de atención (un mínimo de 15 minutos para la atención de morbilidad), aumento de la resolutivez (formación médica continua y concurso nacional de especialidades), destinar tiempo para prevención y promoción de salud, disminuir la inestabilidad laboral, mejorar las remuneraciones, entre otras.<sup>31</sup>

Acerca de otras alternativas de aumento de resolutivez para la APS, Gruen hizo referencia a resultados de una revisión sistemática que muestra que asociar especialistas a los médicos de la 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 entre especialistas y profesionales de atención primaria.<sup>32</sup>

En el estudio se constata un cumplimiento medio y bajo por parte de los EBS de las acciones propuestas en el ASIS. Para la Organización Panamericana de Salud, el ASIS, es la primera función, esencial de salud pública y es 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>33</sup> Al permitir la identificación de necesidades y prioridades en salud, garantiza que se reconozcan cuáles serían las intervenciones y programas apropiados en cada contexto en particular. El no cumplimiento de estas acciones estaría dando al traste con el alcance de los objetivos y por tanto implicaría un bajo impacto en la salud de la población.<sup>34</sup>

Para su cumplimiento casi siempre se hace necesario una acción intersectorial que permita abordar los determinantes de la salud de la población y crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.<sup>35</sup> El hecho de que el 16.6 % de los EBS cumplan en menos del 50% las acciones planteadas es un indicador que no se visualizó la intersectorialidad como herramienta para el logro de la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, y que forma parte importante de la respuesta social organizada.<sup>36</sup>

Se encontró que más del 90% de la población se encontraba dispensarizada. La dispensarización se concibe como un proceso coordinado y gerenciado por el EBS. Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.<sup>21</sup> Esta actividad constituye una herramienta de vital importancia para el EBS a través de la cual participa en el control y seguimiento de las personas supuestamente sanas, de los individuos y familias con factores de riesgos, de los enfermos y los discapacitados, así como el cumplimiento de las actividades de promoción, prevención y control Higiénico-Epidemiológico a realizarse para lograr la modificación de los riesgos y el control de las enfermedades y daños a la salud.<sup>37</sup>

En lo referente al cumplimiento de la frecuencia mínima de evaluación según grupos dispensariales los autores consideran que el resultado obtenido que muestra un mejor cumplimiento de esta frecuencia en los grupos III y IV es un reflejo del enfoque curativo de la medicina entre los profesionales, dejando en un segundo plano la importancia de la prevención y la promoción que serían las acciones fundamentales a desarrollar en los grupos I y II.

La prevención y la promoción de la salud son tareas importantes del EBS en su práctica diaria, dado que están en una situación óptima para ofrecer de una manera oportunista, y dependiendo de la edad y el sexo, actividades preventivas y de promoción de la salud a todos aquellos pacientes que acuden a la consulta por cualquier otro motivo.<sup>38</sup>

Brindar una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente es una de las pretensiones de la atención primaria. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su ambiente socio-cultural.<sup>39</sup>

Es preciso facilitar y apoyar el fortalecimiento de la capacidad y competencias de los sistemas de salud para la prevención y el control en el manejo integrado de las ENT y también de sus factores de riesgo. En el presente estudio se encontró que el riesgo preconcepcional fue el mejor controlado, los autores atribuyen este resultado que el mismo está contemplado en el Programa de Atención Materno Infantil, programa de salud de mayor control y seguimiento en la APS por estar vinculados a indicadores estratégicos.

Montero ha establecido que, debido a la complejidad de los problemas de la APS, se necesitan especialistas con competencias específicas para trabajar de forma efectiva en este nivel de atención.<sup>40</sup> El desafío de la formación universitaria de médicos especialistas en medicina familiar se asume por varias universidades. Estos especialistas, que existen en la mayoría de los países desarrollados, son los que cuentan con las competencias para hacerse cargo de la salud de las personas y de sus familias en forma continua e integral, y que, a su vez, cuentan con una mayor capacidad resolutive.<sup>41</sup>

Téllez, al realizar un análisis de la situación de la atención primaria como factor clave en la reforma al sistema de salud, establece que, para enfrentar las tareas de la reforma en este nivel, es el estudio de brechas con criterios preestablecidos, acerca de estándares de cantidad y calidad de profesionales que se requieren, entre los que debería definirse el grado y tipo de especialización de los distintos profesionales.<sup>42</sup>

Para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos de la APS, es necesario evaluar su funcionamiento y capacidad resolutive, mediante el análisis de información para retroalimentar la toma de decisiones y así optimizar los resultados del sistema de salud.<sup>43</sup> Nuestros resultados respecto a resolutive muestran que los objetivos que esta persigue, tales como: compensar a los pacientes, disminuir sus factores de riesgo, sus problemas de salud, aumentar sus factores protectores individuales, familiares y comunitarios, curar, aliviar y/o consolar y conseguir la satisfacción del usuario por el servicio otorgado no se cumplen de forma efectiva en su totalidad y por los equipos básicos del estudio.

Aaron Antonovsky al referirse sobre la salutogénesis, reconoce la visión integral de la persona como ser físico, anímico y espiritual, y el papel activo y responsable de cada uno en su salud y, por consiguiente, en su calidad de vida.<sup>44</sup> De este modo se propone romper el actual paradigma biomédico donde la salud se entiende desde la perspectiva de riesgos y patología y caminar hacia un concepto salutogénica en el que se estudian los factores que contribuyen a que las personas mantengan y aumenten su bienestar en todas las dimensiones de la persona. Llevar a cabo la práctica desde esta perspectiva sigue siendo un reto emergente, actual y de futuro para la salud pública en el ámbito comunitario y en el de la clínica, así como en el terreno de la investigación, la evaluación y la formación de profesionales.<sup>45,46</sup>

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la celebración de la "Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud", en 1986, se definió que el objetivo de la promoción de la salud era "proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". En tal sentido se propuso que las áreas de acción principal fueran el desarrollo de políticas públicas saludables, la creación de ambientes saludables, el refuerzo de la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud.

Según García Fariñas,<sup>47</sup> se ha reconocido que la capacidad resolutive de los servicios primarios de atención sería la mejor medida de sus resultados de un establecimiento de salud (para los fines de la eficiencia), al tener un abordaje de la relación recursos-

resultados y uno de los aspectos que con mayor frecuencia se estudian es la satisfacción del paciente, en este caso, fue explorada en pacientes dispensarizados dentro de las enfermedades crónicas seleccionadas.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian<sup>48</sup> como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud. Enfocar la gestión del equipo en la satisfacción del usuario significa, comprender y actuar según las aspiraciones de las personas y familias en lo que se refiere a los servicios y productos del equipo de salud. Tiene que ver con la calidad del servicio, con el acceso, el lugar, la amabilidad, la agilidad de la respuesta, la pertinencia cultural y la atención humana al usuario.<sup>49</sup>

Nuestros resultados coinciden con el estudio realizado por Acosta y colaboradores<sup>49</sup> en Córdoba, Argentina donde se encontró que el 81,1% de los encuestados refirió que se encuentra totalmente satisfecho, en relación a la última consulta, con la explicación de su problema por parte del profesional. Como así también el 82,7% se encuentra satisfecho con el trato brindado por el profesional y el 80,5% se encuentra totalmente satisfecho con el alivio o curación de su problema.

Los autores consideran que el hecho de que la satisfacción con el servicio de los pacientes sea buena en la mayor parte de los casos pudiera interpretarse de dos formas distintas; por un lado, puede suceder que se realizan acciones que no son documentadas y por tanto no son factibles de ser evaluadas y por otra parte el conocimiento de la población sobre el servicio que debe recibir es escaso, lo que resta objetividad a su criterio.

### **Conclusiones**

Se concluye que la capacidad resolutoria de los Equipos Básicos de Salud fue inadecuada dada en lo fundamental en los resultados de la evaluación de la estabilidad, cumplimiento de la dispensarización y de las acciones del ASIS por el EBS; a pesar de lo cual la percepción sobre los servicios de salud recibidos de la mayoría de los pacientes encuestados fue satisfactoria.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Singh A. Medicina moderna: rumbo à prevenção, à cura, ao bem-estar e àlongevidade. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [Internet]. 2010 [citado 04 Jul 2017];13(2):265-82. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000200008&lng=en&nrm=iso)
2. Organización Naciones Unidas. Carta de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: ONU; 1945 [citado 04 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/charter-united-nations/index.html>
3. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: ECIMED; 2011.
4. Rojas Ochoa F. Sobre la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana de Salud Pública. 2011;37(4):542-5.
5. Serra-Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles en la Convención Internacional Cuba-Salud 2015. Revista Finlay [Internet]. 2015 [citado 25 Jun 2017]; 5(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/362>

6. Álvarez Pérez AG, Gonzalvez L, Rodríguez Salvia IP, Jorge A, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, et al. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana Hig Epidemiología [Internet]. 2010 Ago [citado 23 Mar 2018];48(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es)
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: DNE; 2015.
8. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo y actividades principales. La Habana: MINSAP; 2015.
9. Díaz Novás J, Guinart Zayas N. Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Jun [citado 2018 Mar 05]; 24(2):[aprox 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200007&lng=es)
10. 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 [Internet]. 2001 Jun [citado 2018 Mar 05]; 17(3):213-15. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300001&lng=es)
11. Domínguez Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Rev. Salud Pública Mex [Internet]. 2011 [citado 27 nov 2017]; 53(2): [aprox.8 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/12.pdf>
12. Donabedian A. La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Mexico: Editorial La Prensa Médica Mexicana; 1984
13. López Puig P, García Milian AJ, Segredo Pérez AM, Alonso Carbonell L, Santana Felipe A. Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Jul 04]; 40 (4): 249-62. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400002&lng=es)
14. 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.
15. Vaitsman Jeni, Andrade Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Sep [citado 2017 Jul 04]; 10(3): 599-613. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en)
16. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ [Internet]. 1992 Jul 18 [cited 2018 Mar 04]; 305(6846):160-4. Available from. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1285753>
17. Placeres Hernández JF, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Jul 04]; 36(2): 124-6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es)
18. Lermen Junior N, Henrique Norman A. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. Medwave [Internet]. 2013 [citado 04 Jul 2017];13(1):e5588. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5588>

19. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2013 [citado 04 Jul 2017]; 30(2):283-7. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-6342013000200020&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-6342013000200020&lng=es&nrm=iso). ISSN 1726-4634
20. Ministerio de salud pública. Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. Cuba [Internet]. 2008 [citado 11 Mar 2018]. 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)
21. Batista Moliner R, Sansó Soberats F, Feal Cañizares P, Lorenzo A, Corratgé Delgado H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad . Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 [citado 04 Jul 2017];17(2):109-20. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_2\\_01/mgi01201.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi01201.html)
22. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: MINSAP; 2010.
23. García Pérez RP, Ballbé Valdés A, Iglesia Almansa NR. El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. Educ Med Super [Internet]. 2015 Sep [citado 04 Jul 2017]; 29 (3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412015000300023&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300023&lng=es)
24. De los Santos Briones S, Garrido Solano C, Chávez Chan MJ. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. Rev Biomed [Internet]. 2004 [citado 26 Mar 2018]; 15:81-91. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb041522.pdf>
25. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua [Internet]. Washington: OPS; 2006 [citado 12 Mar 2018]. 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)
26. 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 [Internet]. 2011 [citado 12 Mar 2018];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)
27. Díaz Novás J, Guinart Zayas N. Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [citado 5 Mar 2018];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)
28. Doménech D, Strozzi D, Antúnez de Oliveira L, Antúnez M, Castro G, Álvez J, Durante R, et al. Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente– Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014). Rev Méd Urug [Internet]. 2016 [citado 5 Mar 2018]; 32(3):137-44. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n3/v32n3a02.pdf>
29. 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 [citado 6 Ene 2018];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)

30. La enseñanza de la competencia en el manejo de la información mediante el modelo BIG 6 [Internet]. Cali (Co): Eduteka; 2002 [citado 10 Mar 2018]. Disponible en: <http://eduteka.icesi.edu.co/modulos/1/165/37/1>
31. Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivead de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave [Internet]. 2012 Dic [citado 10 Mar 2018];12(11):e5571. Disponible en: [http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571?ver=sindisen\\_o](http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571?ver=sindisen_o)
32. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD003798 [cited 2018 Mar 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974038>
33. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua [Internet]. Washington: OPS; 2007 [citado 12 Ene 2018]. Disponible en: [http://www.ops.org.ni/index.php?option=com\\_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=282](http://www.ops.org.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=282)
34. Martínez Calvo S, Gómez de Haz H. Análisis de Situación de Salud. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 543.
35. Giovanella L, Almeida PF, Romero RV, Oliveira S, Silva HT. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde debate | rio de Janeiro. 2015; 39(105):300-22.
36. Castell Florit-Serrate P. La intersectorialidad: Conceptualización: panorama internacional y de Cuba. La Habana: ENSAP; 2003.
37. Ministerio de Salud Pública . Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: MINSAP; 2001.
38. Kloppea C, Brotons J.J, Antonc R, Ciuranad M, Iglesiase R, Piñeirof M, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. Aten Primaria [Internet]. 2005 [citado 12 Ene 2018];36(3):144-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-promocion-salud-atencion-primaria-13077483>
39. Donabedian A. Evaluating the quality of Medical Care. Milbank Q. 2005; 83(4): 691-729.
40. Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Santiago de Chile: Centro de Políticas Públicas UC; 2010 [citado 12 Ene 2018]. (Colección Temas de la Agenda Pública Año 5, No. 38) Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/reforma-sanitaria-chilena-y-la-atencion-primaria-de-salud.pdf>
41. Baró Jiménez V, Mariño Membribes E, Ávalos González M. Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. Rev cubana Med Gen Integ [Internet]. 2011 Abr [citado 11 May 2017]; 27(2): 34-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
42. Téllez A. Atención primaria: Factor clave en la reforma al sistema de salud. Santiago de Chile: Centro de Políticas Públicas UC; 2006 [citado 12 Ene 2018]. (Colección Temas de la Agenda Pública Año 1, No 2). Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf>
43. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield, B. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria 2003; 31(6):382-5.

- 
44. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
  45. Dolors Juvinya. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enferm Clin* [Internet]. 2013 [cited May 11 2017]; 23:87-8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-salutogenesis-nuevas-perspectivas-promover-salud-S1130862113000466>
  46. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2011 Abr [citado 2018 Abr 19] ; 85(2): 129-39. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es)
  47. García Fariñas A, Álvarez Pérez A. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 11 Mar 2018];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)
  48. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Washington DC: OPS/OMS;1992. (Publicación Científica 534).
  49. Acosta L, Burrone MS, Lopez de Neira MJ, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, et al . Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 Ene [citado 2018 Abr 19]; 10(21). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000100014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100014&lng=es)
- 

Recibido: 9 de julio de 2018.

Aprobado 2da ronda: 20 de septiembre de 2018.

*Dra C. Ana Julia García Milián.* Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

Correo electrónico: [purmed@infomed.sld.cu](mailto:purmed@infomed.sld.cu)