

PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA INTEGRAL DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

Tesis presentada en opción al título de
Ingeniero Industrial

Autora: Tatiana Virgen Hernández Rojas

Tutor: Dr.C. Ivis Taide González Camejo

Dedicatoria

A mi hijo, mi madre y mi esposo, que han estado a mi lado y me han ayudado en todo el proceso. A todos los miembros de mi familia y amistades que me han visto crecer profesionalmente y con un gesto, un abrazo, palabras de aliento, me han dado fuerzas para continuar y lograr mi objetivo.

Agradecimientos

Primeramente, quiero dar gracias a Dios por no dejarme desmayar en el camino para lograr este sueño y permitir que haya sido posible venciendo etapa tras etapa.

Gracias a mi hijo, mi madre y mi esposo que ha vivido conmigo todo el proceso y sin su apoyo habría sido imposible.

Gracias a mis compañeros, los que iniciamos juntos, los que se han incorporado y los que por motivos de fuerza mayor no pudieron continuar, porque han sido una gran familia, al igual que todos mis profesores que han sido un eslabón fundamental en mi formación.

Gracias a mi jefa y mi compañera de trabajo, por su apoyo incondicional y sus palabras de motivación en los momentos difíciles.

Gracias a mi tutora por confiar en mí y guiarme en la recta final, y gracias a todos mis amigos y familiares que de una forma u otra han sido parte del proceso.

RESUMEN

En Cuba, la atención a la salud materno-infantil se sustenta en la prioridad que le otorga el Estado a la ejecución del Programa Nacional de Atención Materno Infantil y la garantía de acceso equitativo a los servicios de salud. A partir de estos elementos se precisa como objetivo esencial de la presente investigación diseñar un procedimiento para la mejora integral de la calidad del Programa de Atención Materno Infantil, teniendo en cuenta las tipologías de mejora por corrección, por continuidad y por innovación. La estructura de la tesis se basa en dos capítulos, el primero expone el marco teórico práctico referencial inherente al tema objeto de estudio, incluyendo el análisis metodológico de los instrumentos afines; el segundo capítulo contiene la estructura y contenido del procedimiento; y los resultados de la valoración a partir de la prueba no paramétrica Q de Cochran. Como resultados relevantes del trabajo destaca el instrumento metodológico como guía para la mejora de la calidad y los indicadores por tipología de mejora. Se utilizaron técnicas basadas en criterio de expertos y se definieron medidas de referencia para la clasificación de los resultados cuantitativos.

ABSTRACT

In Cuba, the attention to the maternal-infantile health is sustained in the priority that grants the State to the execution of the Infantile Maternal National Program of Attention and the guarantee of equal access to the services of health. Starting from these elements is necessary as essential objective of the present investigation to design a procedure for the integral improvement of the quality of the infantile maternal Program of attention, keeping in mind the typologies of improvement for correction, for continuity and for innovation. The structure of the thesis is based on two chapters, the first one exposes the mark theoretical practical inherent referential to the topic study object, including the methodological analysis of the instruments tunes; the second chapter contains the structure and content of the procedure; and the results of the valuation starting from the not parametric test Q of Cochran. As outstanding results of the work it highlights the methodological instrument as guide for the improvement of the quality and the indicators for typologies of improvement. Techniques were used based on experts' approach and they were defined reference measures for the classification of the quantitative results.

.

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO PRÁCTICO REFERENCIAL SOBRE LA MEJORA INTEGRAL DE LA CALIDAD EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL.....	6
1.1 Gestión de la calidad en los servicios de salud. Tendencias del siglo XXI.	6
1.2 Fundamentos asociados a la satisfacción del paciente y otros indicadores de calidad en servicios de salud.	12
1.3 Mejora integral de la calidad en el Programa de Atención Materno Infantil. Principales indicadores y atributos.....	16
1.4 Revisión de los procedimientos y metodologías afines a la mejora integral de la calidad en el Programa de Atención Materno Infantil.	21
1.5 Estado de la praxis de la mejora integral de la calidad en el Programa de Atención Materno Infantil.	27
1.6 Conclusiones parciales.....	30
CAPÍTULO II. MEJORA INTEGRAL DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL.....	31
2.1 Fase I. Diagnóstico integral.....	32
2.1.1 Etapa 1. Diagnóstico a la calidad de la preparación de la fuerza de trabajo	32
2.1.2 Etapa 2. Diagnóstico a la calidad de la contribución al estado nutricional de la embarazada	33
2.1.3 Etapa 3. Diagnóstico a la calidad en la atención integral a la madre y el niño	34
2.1.4 Etapa 4. Diagnóstico a la calidad en la reducción del bajo peso al nacer ...	35
2.1.5 Etapa 5. Evaluación integral de la calidad del PAMI e identificación de los puntos críticos.....	35
2.2 Fase II. Propuesta e implementación de soluciones de mejora.....	36
2.2.1 Etapa 6. Propuesta e implementación de acciones correctivas	41
2.2.2 Etapa 7. Propuesta e implementación de estrategias innovadoras.....	41
2.3 Fase III. Evaluación de los resultados y su impacto	42
2.3.1 Etapa 8. Análisis de la satisfacción del paciente	42
2.3.2 Etapa 9. Análisis del impacto en la calidad de vida del paciente	43
2.3.3 Etapa 10. Análisis del impacto general del PAMI	43
2.3.4 Etapa 11. Actualización del Programa.....	45
2.5 Valoración del procedimiento a través de prueba no paramétrica Q de Cochran ..	46
2.6 Conclusiones parciales	48
CONCLUSIONES GENERALES	49
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	60



INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud en Cuba prioriza la atención a la madre y el niño con énfasis en las acciones de promoción y educación para la salud a nivel individual y familiar, y responsabiliza y prepara a los integrantes en este proceso, a fin de que aquellos adquieran conocimientos, actitudes y hábitos básicos en la adopción de estilos de vida lo más sanos posibles y conductas positivas de salud. La promoción de la salud materno-infantil en la atención primaria de salud requiere la aplicación de estrategias, métodos y técnicas de educación para la salud que deben ser entrenados en los actores sociales encargados de realizar las actividades para que sean capaces de empoderar a los participantes, darles continuidad y hacer sostenible la intervención educativa, con vistas a promover salud, y prevenir y controlar factores de riesgo; de ahí la importancia de su preparación adecuada (González, Leal, Ramos, Manresa, Valdés y Hernández, 2020).

Desde esta perspectiva, los directivos fundamentales del Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI) reconocen la importancia de una herramienta que favorezca la mejora a partir de contribuir al cumplimiento de los objetivos y la continuidad en los resultados, potenciando la colaboración con actores de la comunidad que favorezca el establecimiento de alianzas estratégicas. Los elementos antes mencionados evidencian necesidad de un procedimiento que contribuya a la mejora integral de dicho programa a través de elementos que refuercen su calidad y contribución a la satisfacción del paciente.

El enfoque integral de los problemas de salud de la embarazada implica incluir el conocimiento sobre sus conductas y decisiones respecto al proceso salud-enfermedad y la búsqueda de alternativas de solución a los problemas; para ello es necesaria la comprensión del trabajo en equipo que posibilite reforzar las conductas de salud ante las diversas situaciones que puedan presentarse.

El tratamiento de la calidad en los servicios de salud difiere del resto de los servicios, ya que los mismos solo pueden garantizar directamente un determinado grado de satisfacción en el paciente, considerando que en los efectos sobre la salud y calidad de vida solo se incide desde una probabilidad de contribución, en cuyo resultado final inciden disímiles factores, Guerra Macías (2019).

La primera referencia de una investigación sobre la calidad en sistemas y servicios de salud cubana data de principios del siglo XX, aunque el aporte más trascendental ocurre en 1976, cuando la Organización Mundial de la Salud considera que este tipo de investigación resulta tan importante como el estado del conocimiento biomédico. En América Latina las bases para un programa regional de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud se establecen por la Organización Panamericana de la Salud en 1978. Los antecedentes en Cuba de estos estudios tuvieron lugar en los Institutos de Medicina Tropical y Nacional de Higiene, desde la primera mitad del siglo XX, pero se institucionalizan en 1976 en el Instituto de Desarrollo de la Salud y se le otorga prioridad en el sector de la salud en 1996 con su aprobación como Programa Ramal Científico Técnico del Ministerio de Salud Pública. La evaluación de sus consecuencias, demuestra aún poca representatividad en las investigaciones del sector y débil impacto en las políticas de salud pública (Falcón Fariñas, Escalante Padrón, Nordelo Valdiviay Campal Espinosa, 2018).

Estos elementos permitieron el desarrollo de resultados tangibles como la elaboración del Documento Rector Metodológico del Programa Ramal, la reformulación de los objetivos del Programa en consonancia con las prioridades del Ministerio de Salud Pública, la preparación de personal de salud, incluidos cuadros, reservas y canteras, la inclusión en la Red Suramericana y del Caribe y en la Alianza Internacional para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, así como el crecimiento del número de proyectos en el campo. No obstante, existen nuevas interrogantes que nacen del propio Ministerio, las cuales están relacionadas con la aplicación de resultados en el sistema de salud, de ahí que las ciencias deban dar respuesta a las tareas principales surgidas del proceso social, del avance en la búsqueda de mejores métodos para la labor de los distintos centros asistenciales.

Actualmente entre los indicadores de calidad asociados a la salud se encuentran: las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer, y los epidemiológicos más avanzados, como los AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos) o los indicadores de calidad de vida asociada con salud (AVISA). De ellos merece destacar su importancia, por la correlación con el tema presentado, el incremento de la calidad de vida y de los servicios de

salud, satisfacción de la población, la mejoría en los estilos de vida y cambios en los comportamientos riesgosos o promotores de salud.

En los Lineamientos 96-99 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, emanados del VIII Congreso del Partido Comunista de Cuba, se encuentran las bases para la mejora de la calidad en los servicios y programas de salud, pues estos hacen un llamado a elevar la calidad de los servicios que se brindan, el cumplimiento de la ética médica y la satisfacción de la población; y continuar avanzando en el mejoramiento de las condiciones de trabajo, la informatización y la atención al personal de salud y la utilización eficiente de los recursos.

De igual forma la dirección del gobierno cubano hace un llamado a dar continuidad a las acciones que garanticen la sostenibilidad de las medidas sectoriales, intersectoriales, interdisciplinarias y comunitarias que contribuyan a incrementar la cultura sanitaria de la población y el mejoramiento de las condiciones higiénico-epidemiológicas que determinan las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y afectan el medio ambiente. Por otra parte se debe priorizar el Programa Nacional de Medicamentos, la eficiencia y control de los servicios farmacéuticos. Desarrollar y consolidar la Medicina Natural y Tradicional, estimulando su empleo preventivo y terapéutico; así como asegurar la continuidad, formación, desarrollo y estabilidad de los recursos humanos, en todas las especialidades que den respuesta a los servicios de salud en el país y en el exterior.

Se han realizado varias investigaciones en el ámbito nacional e internacional que abordan enfoques relacionados con la calidad de los servicios y programas de salud en Cuba, y específicamente para el PAMI, entre ellos destacan: Favier Torres, Dorsant Rodríguez, Torres Ramos, Samón Leyva y Franco Bonal (2018); Torres, Rodríguez, Ramos, Leyva y Bonal (2018); Tavera Salazar (2018); Tejeda Dilou y Macías González (2019); Casas Sandoval (2020); González, Leal, Ramos, Manresa, Valdés y Hernández (2020); Morejón, Espinosa y Mariño (2020); Ríos, Fernández, Ramírez, Saborit y Lorente (2020); Rodríguez, Izaguirre, Cristo, del Rosario Pérez y Batista (2020); Suárez-López, Castro, Hubert, Vara-Salazar, Villalobos, Hernández-Serrato y Ávila-Burgos (2021); Cabrera Solis, Urgellés Carreras, Santamaría Trujillo, Rodríguez Iglesias y Gil Agramonte (2021); Rodríguez Hernández, Barcos Pinay Álvarez

Sintes (2021) y Ríos, de la Mora Martín, Fonseca, Rangely García (2022); estas investigaciones evidencian oportunidades de mejora asociadas a:

- La necesidad de instrumentos metodológicos que permitan mejorar la calidad del PAMI, como vía de contribución a la satisfacción del paciente.
- Insuficientes indicadores para evaluar la mejora por corrección y continuidad en los servicios del PAMI.
- Ausencia de indicadores cuantitativos para evaluar la satisfacción del paciente.
- No se establecen mecanismos para el monitoreo de la percepción de los pacientes sobre servicios específicos, como es el caso de la consulta de Neurodesarrollo.
- No se profundiza en la explotación de los posibles colaboradores del PAMI, que forman parte de la comunidad y pueden potenciar la mejora por innovación colaborativa.

Todo lo anteriormente expuesto permite definir como **problema profesional**: ¿Cómo mejorar de forma integral la calidad del Programa de Atención Materno Infantil, para contribuir a la satisfacción del paciente?

Como **objeto de la investigación** se definió la gestión de la calidad en los servicios de salud, y se establece como **objetivo general**: diseñar un procedimiento para la mejora integral del Programa de Atención Materno Infantil que contribuya a incrementar la satisfacción del paciente. Para dar cumplimiento al objetivo general se definieron los **objetivos específicos** siguientes:

1. Elaborar el marco teórico-práctico referencial de la investigación a partir del análisis crítico y la consulta de la literatura especializada y actualizada sobre la mejora integral de la calidad en servicios de salud.
2. Proponer un procedimiento para la mejora integral del Programa de Atención Materno Infantil.
3. Valorar el procedimiento a través la prueba no paramétrica Q de Cochran.

Como **campo de acción** se definió la mejora integral de la calidad del Programa de Atención Materno Infantil, y como **idea a defender** se plantea que: el diseño de un procedimiento para la mejora integral de la calidad del

Programa de Atención Materno Infantil contribuirá al incremento de la satisfacción del paciente.

En el desarrollo de la investigación se utilizaron métodos teóricos y empíricos, incluyendo técnicas y herramientas de la Ingeniería Industrial y otras especialidades afines, entre las que se encuentran:

- Análisis y síntesis de la información obtenida mediante la revisión de literatura y documentación especializada, así como de la experiencia de especialistas consultados
- Histórico - lógico, para estudiar la trayectoria del problema en el tiempo y revelar las regularidades del objeto de estudio
- Inductivo - deductivo en el diseño del procedimiento para la mejora integral de la calidad del Programa de Atención Materno Infantil sistémico - estructural para desarrollar el análisis teórico de la gestión en entidades, determinándose así las variables que más inciden en este proceso y su interrelación, como resultado de un proceso de síntesis
- Hipotético - deductivo, empleado en la formulación de la idea a defender de la investigación y en el arribo a conclusiones
- Métodos empíricos: entrevistas, encuestas, listas de chequeo, revisión documental y observación directa
- Métodos estadísticos, con el análisis de correlación entre variables y autores, y de conglomerados jerárquicos para el estudio de las relaciones entre estos, y método de concordancia de Kendall

La aplicación sistémica permitirá el desarrollo exitoso de las diferentes etapas de la investigación y el alcance de los resultados previstos. Para el procesamiento de la información y la obtención de los resultados se utilizó el *software Statistics Program for Social Sciences (SPSS)* versión 21.0 y el *UCINET 6*. Para su presentación, el informe escrito se estructura de la forma siguiente: el capítulo I, que expone el marco teórico práctico referencial que sostiene la investigación; el capítulo II que contiene la representación gráfica y contenido y estructura del procedimiento propuesto; las conclusiones parciales y generales derivadas de la investigación, además de las recomendaciones que garantizan su continuidad; la bibliografía consultada y un conjunto de anexos que complementan la investigación.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO PRÁCTICO REFERENCIAL SOBRE LA MEJORA INTEGRAL DE LA CALIDAD EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

El presente capítulo resume los resultados de la consulta a la literatura especializada en temas afines a la mejora integral de la calidad del PAMI, el mismo se desarrolló profundizando en las particularidades de los instrumentos metodológicos que abordan el tema objeto de estudio. En la figura 1.1 se grafica el hilo conductor asumido para la confección del marco teórico-práctico referencial de la investigación.

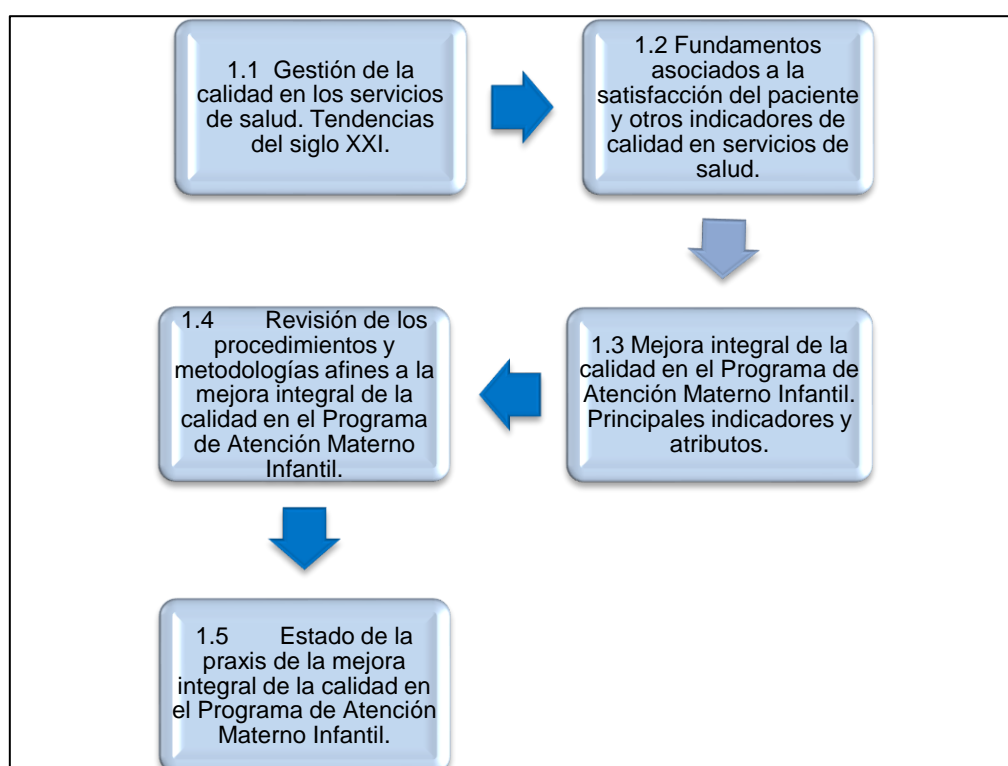


Figura 1. Hilo conductor para marco teórico-práctico referencial.

1.1 Gestión de la calidad en los servicios de salud. Tendencias del siglo XXI.

El presente epígrafe toma como punto de partida la investigación realizada por Hernández, Hernández y Bringas (2013), ya que resume los aportes fundamentales de la gestión de la calidad en los servicios de salud, y se complementa con investigaciones más recientes que han dado continuidad al tema. Desde esta perspectiva, el análisis de la calidad en salud se realiza de acuerdo a la teoría de sistemas en tres dimensiones: estructura, proceso y

resultados. En el contexto actual de valores y objetivos en el sistema de salud y en la sociedad en general, los criterios y dimensiones en una evaluación de calidad son múltiples y están influenciados por los indicadores elegidos para estudiarla (Hernández, Hernández y Bringas, 2013). En el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates. En todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica. De esta forma, se crea el inseparable binomio: ética y calidad.

En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma. En lo referente a los servicios de salud, las particularidades de estos recientes conceptos de calidad resultan aún más significativas, pues obligan a modificar y a adaptar sustancialmente los métodos y técnicas originados en la industria y la tecnología.

En el contexto de salud calidad se define como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos (Hernández, Hernández y Bringas, 2013).

Donabedian (2005), define la calidad en salud, circunscribiéndola a la perspectiva de la atención médica y recomendó que debería de medirse en tres áreas: estructura (en la que se encuentran las características de las instalaciones y el personal que atiende a los pacientes); proceso (método de entrega) y resultados (de las intervenciones) (ver tabla 1.1). Esta propuesta tiene el objetivo de obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes.

Tabla 1.1. Indicadores y métodos de evaluación del sistema de calidad

Indicador	Descripción
Estructura	Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de estructura se desarrollan en cuatro categorías: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional, de acuerdo a los siguientes recursos: recursos materiales, instalaciones, equipos y presupuesto monetario. Recursos humanos: número y calificación del personal. Aspectos institucionales o gerenciales: organización del personal médico y métodos para su evaluación.
Proceso	Miden de forma directa o indirecta la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente; mediante el conjunto de acciones realizado principalmente por el médico como generador de documentación; por ejemplo, la historia clínica y otros documentos resultantes de la actividad asistencial.
Resultados	Miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas; el beneficio logrado en los pacientes, o cambios en la salud atribuibles a la atención recibida, incluyen: indicadores centinela, indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas), indicadores trazadores e indicadores basados en opinión del paciente.

Fuente: Donabedian (2005)

Probablemente, una de las definiciones más clásicas sobre lo que representa la calidad en la atención médica fue propuesta por Lee y Jones; quienes la refieren como el conjunto de juicios de valor aplicados a diversos aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones del proceso llamado atención médica. La atención médica se define como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado. De esta atención se originan dos aspectos: el primero es la atención técnica, la cual es la aplicación de ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud. El segundo es la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente. Este concepto deja de lado la percepción de calidad en la salud desde lo colectivo, ya que por sí mismo está asociado a tradiciones socialmente aceptadas en un momento determinado (Hernández, Hernández y Bringas, 2013).

Definir la calidad de la atención médica requiere conocer cuántos pacientes se benefician de los servicios de salud. Esto se debe a que la calidad se mide por factores como los resultados de diagnósticos específicos y procedimientos terapéuticos, satisfacción del paciente y sensación de bienestar social. Debido

a que es difícil mantener la calidad disminuyendo costos, ambas condiciones — la calidad y el costo— reciben la misma atención en los debates actuales de reformas, particularmente en el contexto de la administración de la salud y en los sistemas de salud integrados. Al progresar las reformas, uno de los mayores retos será controlar costos y, de forma simultánea, mejorar la calidad sin imponer controles externos.

Existen otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud incrementan la posibilidad de que los individuos y las poblaciones alcancen resultados deseados en salud y que corresponden a su vez (estos servicios) con el nivel actual de los conocimientos profesionales.

El organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402, ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La norma precisa que entidad es: una organización, llámese empresa o institución, producto o proceso; mientras que las características de los satisfactores de las necesidades son básicamente seguridad, disponibilidad, sostenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, la economía (precio) y el ambiente. La calidad es, pues, un derecho que debe ser garantizado, por lo tanto, la garantía de la calidad es imperativa en los sistemas de salud y, de manera concreta, en las organizaciones que los conforman. Como puede apreciarse, definir calidad no es fácil; en la práctica, la calidad se asemeja al arte; ya que todos la alaban, todos la reconocen cuando la ven, pero cada uno tiene su propia definición de lo que es.

Actualmente, en las instituciones —tanto públicas como privadas— de los sistemas de salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención. Para mejorar esta calidad, se han desarrollado diversas acciones como la organización de comités de mortalidad, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad, sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.

Al ser, pues, la calidad, un reflejo de los valores y objetivos actuales en el sistema de atención médica y en la sociedad en general, los criterios y

dimensiones a tomar en cuenta en su evaluación son múltiples y se verán influidos por los instrumentos o métodos que elijamos para estudiarla. Existen diferentes abordajes para dicho fin, las bases conceptuales y metodológicas para la evaluación de la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos diez años, se han estado justificando en el modelo desarrollado por Donabedian (2005). Este modelo ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y únicamente de la estructura.

Donabedian (2005) también menciona que la atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades), en los que se lleva a cabo el proceso de la atención. La forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación de conceptos en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad es a través de la exploración «empírica» de la experiencia de cada día; con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores, los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren. Por otro lado, se señala que conocer la calidad con que se otorga la atención médica es el primer paso para mejorar su prestación, y es una necesidad inherente al acto médico mismo. También considera necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción no sólo de las expectativas del derechohabiente, sino también de la institución que otorga el servicio y del trabajador de salud mismo.

Es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios. El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: primero, desde la óptica de la participación social, los ciudadanos son parte integral y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. Segundo, los

usuarios pueden monitorizar y juzgar la calidad del servicio, aportando información a gestores públicos sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios. Finalmente, el objetivo es medir la satisfacción de los usuarios de los servicios, ya que un paciente satisfecho es más propenso a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas.

Un indicador es una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un valor numérico, por medio del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo. Es decir, un indicador es una operacionalización cuantitativa que permite medir conceptos abstractos como calidad y eficiencia, estableciendo comparaciones en tiempo y espacio. A partir de la afirmación anterior, la eficiencia se acepta como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinados, mientras que la eficacia sería la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Y la efectividad sería, a su vez, la medida de impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población (Hernández, Hernández y Bringas, 2013). Los indicadores de calidad en los servicios de salud deben cumplir con los requisitos que se muestran en la tabla 1.2.

Tabla 1.2 Características de los indicadores para medir la calidad en servicios de salud

Características	Descripción
Validez	Reflejar el acto de calidad para el que se creó o estableció
Confiabilidad	Brindar el mismo resultado en iguales circunstancias
Comprensibilidad	Fácil entendimiento del aspecto que pretende reflejar
Sencillez	Facilidad para administrar, aplicar y explicar

Fuente: Hernández, Hernández y Bringas (2013)

Otro tipo de indicadores que pueden llegar a utilizarse en la evaluación de la calidad de la atención médica, son los indicadores centinela, los cuales se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser producto de falla en la atención. Los indicadores de datos agregados miden el desempeño con base en eventos que ocurren con cierta frecuencia, e indican la necesidad de una revisión detallada sólo si la proporción de casos sobrepasa un límite considerado aceptable. También existen los indicadores trazadores, con una condición diagnóstica típica de una determinada

especialidad médica o institución, que reflejan la globalidad de la asistencia brindada.

1.2 Fundamentos asociados a la satisfacción del paciente y otros indicadores de calidad en servicios de salud.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, mediante los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos, y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas. Existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y, finalmente, juzgar la calidad de un servicio, y por lo tanto, quienes pueden aportar a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios. Esto se debe a que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más dispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por lo tanto, a mejorar su salud.

Desde la perspectiva del paciente, la tarea del médico se divide en la técnica (ciencia) y la interacción interpersonal. A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención, tales como el confort, aspectos relativos a la información o comunicación y la rapidez o amabilidad. El análisis de la satisfacción de los usuarios es visto como un indicador de la dimensión de resultado. A partir de este indicador se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca aspectos que tienen repercusiones directas en la atención, como los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de esta misma atención, los

cuales, en conjunto, se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.

La satisfacción de los usuarios como indicador de calidad es valorada en los distintos modelos de atención a la salud. Se define como la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente, o de sus familiares, con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida. Mientras que la satisfacción del prestador de los servicios se refiere al logro de sus expectativas y a la satisfacción de sus necesidades personales a través de la realización de su trabajo. La opinión de los usuarios tiene alta credibilidad en los estudios sobre satisfacción, debido a que la evaluación que hacen del servicio es producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores del programa.

Se ha determinado que las prioridades para el paciente son: recibir atención oportuna; ver satisfechas sus necesidades de salud; recibir un trato digno, amable y respetuoso; que la institución prestadora del servicio cuente con personal suficiente y preparado para otorgar la atención requerida; que esta institución disponga de los recursos suficientes para otorgarla, y que la atención brindada se dé en un ambiente adecuado. En la satisfacción del usuario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia; la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario; sin embargo, en ambos factores influyen las valoraciones que el paciente tenga. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un paciente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua.

La falta de mejoría en el estado de salud manifestada por los informantes parecería estar relacionada, en general, con dos aspectos: la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico, y las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primer aspecto, se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos. Aunado a ello, la falta de sistematización de mecanismos de supervisión en estos procesos se hace evidente, de alguna manera, en la insatisfacción de los usuarios. Entre los factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de servicios de salud se encuentran:

- Factores individuales: la edad y el género; sociales: estado marital, grupo social, nivel educativo, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social; factores económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-riesgo-enfermedad y, por último, en este rubro, experiencia en el contacto previo entre usuario y servicio.
- Factores familiares/sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, y de la red social circundante en general, y conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.
- Factores del servicio de salud: accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort local y privacidad, entre otros.

En este sentido, es importante la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como la de los estudiantes.

Esto debido a que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como en el de la atención misma. En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios). El concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y del proceso salud-enfermedad son elementos que también modulan la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida. La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud. No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución. Por ello, en la medida de lo posible, cada institución de salud tendrá que cubrir las necesidades básicas de salud de su población; atender y cumplir con las expectativas que esta última tiene respecto a sus servicios; ya que sin la opinión de esta población, cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado.

Los indicadores de calidad son herramientas poderosas que pueden modificar la conducta del proveedor de servicios de salud y mejorar la atención del paciente; sin embargo, actualmente, los indicadores no son balanceados y no consideran el tiempo de demora entre la intervención y el beneficio. Situación que puede afectar en mayor medida a grupos particulares, por ejemplo, los adultos mayores, ya que ellos son los mayores consumidores de los servicios de salud. Los indicadores de calidad en pacientes vulnerables (adultos mayores, embarazadas y niños) frecuentemente están basados en guías de práctica clínica, y se encuentran diseñados para fomentar intervenciones efectivas con base en la evidencia. Aunque estos indicadores de calidad están incrementando su importancia, existe preocupación porque el seguimiento estrecho con indicadores de calidad de pacientes con condiciones médicas complejas puede exponer a estos a condiciones potencialmente dañinas en forma no intencional. Los indicadores de calidad actuales no se encuentran balanceados, en el sentido de que existen muchos indicadores que fomentan la atención apropiada, pero pocos indicadores que desalienten la atención inapropiada.

Este desbalance de los indicadores de calidad afecta principalmente a pacientes vulnerables, estos tienen mayor riesgo de padecer enfermedades, lo cual incrementa la magnitud del beneficio con un tratamiento; sin embargo, también se encuentran en mayor riesgo de efectos adversos por el tratamiento y por complicaciones en los procedimientos, por lo que sería importante enfocar las intervenciones a los pacientes que más probablemente se beneficien de las intervenciones. A partir de estos elementos se proponen propusieron los siguientes puntos para mejorar los servicios de salud basados en la calidad:

- Limitar servicios que son de mínimo beneficio o sin beneficios para los pacientes
- Fomentar cuidados más efectivos
- Asegurar el acceso a la atención
- Fomentar los sistemas de servicios de salud integrados que pueden proveer servicios beneficiosos más efectivos

Con la finalidad de garantizar la calidad en las prestaciones de salud en los países de América Latina y el Caribe, la OMS (Organización Mundial de la

Salud) ha estado desarrollando, desde los años ochenta, esfuerzos orientados a incrementar la calidad y eficacia de la atención en los servicios de salud, así como la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. El eje fundamental en este proceso de cambio es la acreditación de los establecimientos de salud. Acreditación basada en estándares administrativos, recursos humanos, normatividad, resultados, infraestructura y equipamiento. A partir de esto surgen estrategias de salud orientados a beneficiar grupos vulnerables como las embarazadas y los niños, entre estas alternativas destaca el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI).

1.3 Mejora integral de la calidad en el Programa de Atención Materno Infantil. Principales indicadores y atributos.

En el presente epígrafe se realiza un análisis basado en la investigación de Santana Espinosa, Esquivel Lauzurique, Herrera Alcázar, Castro Pacheco, Machado Lubián, Cintra Cala (2018), la misma realiza una revisión de los resultados del PAMI desde su surgimiento y aborda elementos relacionados con su funcionamiento. Se incorporan otras investigaciones importantes sobre el tema que aportan actualidad a la investigación.

Al triunfo de la Revolución Cubana en 1959, la salud en Cuba se caracterizaba por tasas elevadas de mortalidad infantil y materna (70 y 138 por 100 000 nacidos vivos, respectivamente) como consecuencia del acceso limitado a los servicios de salud, el elevado índice de analfabetismo, la escasa infraestructura sanitaria y la discriminación racial y de género, entre otros determinantes sociales. Las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, la desnutrición y las afecciones perinatales sobresalían como causas de muerte infantil, mientras que las madres morían por falta de atención a las complicaciones del parto y el aborto, y la enfermedad hipertensiva del embarazo. Solo el 10% de la población infantil recibía atención pediátrica y menos del 60% de los partos ocurría en instituciones de salud. Transformar esa situación requirió de la intervención del Estado, mediante la aplicación de nuevas políticas sociales y el sustento financiero estatal (Santana Espinosa, Esquivel Lauzurique, Herrera Alcázar, Castro Pacheco, Machado Lubián, Cintra Cala, 2018).

Una estrategia fundamental para lograr resultados satisfactorios en la atención materno infantil fue la implementación del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) en 1983. El PAMI es una plataforma programática

centralizada y dirigida por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para planificar, organizar, aplicar y controlar en todo el país las acciones y las normativas relacionadas con la salud reproductiva, y de la infancia y la adolescencia, en correspondencia con el análisis de la situación de salud a nivel local y con hincapié en garantizar el acceso equitativo a la atención de salud. El anexo 1 muestra los principales resultados del PAMI desde su surgimiento hasta la década del 2000.

La prioridad de garantizar el parto institucional condujo en 1961 a la creación de los hospitales rurales con salones de parto en todo el país y al establecimiento en 1962 de los primeros hogares maternos. Estos son instituciones comunitarias cercanas a un hospital en las que ingresan las gestantes residentes en zonas de difícil acceso. Estas instituciones después se generalizaron y con el tiempo ampliaron sus funciones para atender también a mujeres con riesgos en cualquier etapa del embarazo. En los hogares maternos se materializa la práctica intersectorial y el apoyo comunitario, pues varios sectores contribuyen a su funcionamiento, como los de agricultura, deportes, cultura y educación, además de organizaciones de la sociedad civil como la Federación de Mujeres Cubanas. En el 2015 se notificaron en los hogares maternos 52,5 ingresos por cada 100 nacidos vivos.

En la década de 1960 era elevado el número de abortos clandestinos, que se realizaban en condiciones inadecuadas y por personal poco experimentado. En 1968, ante el reclamo de los derechos reproductivos de las mujeres y para contribuir a la disminución de la mortalidad, se institucionalizó el acceso a los servicios de aborto en los hospitales autorizados. Estas y otras acciones han modificado sustancialmente la situación de salud de las mujeres y los recién nacidos, ya que los indicadores registrados en el 2015 para las zonas montañosas del país, que son también las más remotas: 91% de captación precoz del embarazo; índice de peso bajo al nacer de 4,7%; y una tasa de mortalidad infantil de 3,8 por 1 000 nacidos vivos, cifras todas inferiores a la media nacional.

En lo que respecta a la salud materno-infantil, en los últimos años se ha hecho un llamado internacional a construir sistemas de salud resilientes que garanticen la cobertura sanitaria universal y ofrezcan una atención de buena calidad en todos los entornos. Desde 1959, en Cuba se trabaja

sistemáticamente en acciones que armonizan con ese encargo, mediante los programas y las estrategias dirigidos a resolver o modificar los problemas de salud más relevantes tanto de las mujeres como de los niños y los adolescentes.

Es destacable el esfuerzo mantenido para brindar atención integral a los niños y los adolescentes mediante el desarrollo de la puericultura, que garantiza consultas planificadas desde la etapa de recién nacidos y posterior seguimiento hasta la adolescencia. Se realizan más de 3 millones de consultas anuales a los niños sanos de entre 1 y 14 años y acciones de promoción del desarrollo infantil temprano, que se proveen de manera integrada con el Programa Educa a Tu Hijo, del Ministerio de Educación. Estos son ejemplos de buenas prácticas en materia de intersectorialidad, que han obtenido el reconocimiento del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (22).

La atención pediátrica dispone de protocolos de actuación para el seguimiento de las enfermedades transmisibles de la infancia, los cuales se ajustan en los escenarios de atención primaria y secundaria en forma de guías para el control de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, los síndromes neurológicos infecciosos y las arbovirosis, entre otras. Para el control de las enfermedades crónicas se promueven estrategias específicas que llevan a cabo equipos interdisciplinarios organizados por territorios con el asesoramiento de expertos a nivel nacional. Las principales estrategias están dirigidas a la atención de niños que padecen de diabetes, asma, cardiopatías, afecciones neurológicas, insuficiencia renal crónica, enfermedades oncohematológicas y afecciones que requieran de cirugías de alta complejidad como los trasplantes de órganos. El propósito fundamental es proveer la supervivencia y una mejor calidad de vida a estos pacientes. La implementación, en 1988, del programa de reducción de la incidencia del peso bajo al nacer ha contribuido al continuo descenso de este índice. En la década de 1990 se produjo un incremento de este indicador debido a la agudización de las dificultades económicas del país, lo que justificó la actualización del programa. A pesar de las bajas tasas actuales, se mantiene una atención especial al desarrollo de la perinatología, ya que se considera que nacer con un peso inferior a 1 000 gramos representa un problema para la supervivencia inmediata y la calidad de vida posterior.

Entre las principales estrategias dirigidas a la atención del recién nacido se encuentran las pruebas de tamizaje metabólico para la detección precoz del hipotiroidismo congénito (801 casos detectados en 3 350 373 muestras analizadas); la fenilcetonuria (20 en 1 055 575 muestras); la hiperplasia suprarrenal congénita (45 en 780 771); el déficit de biotinidasa (5 en 759 935) y la galactosemia (7 en 723 182), todas realizadas con tecnologías desarrolladas en Cuba.

Otras acciones importantes son la presencia de la madre acompañante en los hospitales pediátricos, la categorización de los hospitales Amigos de la Madre y el Niño, y la puesta en funcionamiento de los bancos de leche humana (1, 28). Los accidentes son la primera causa de muerte en los grupos de 1 a 4; 5 a 14; y 10 a 19 años, con tasas respectivas de 0,6; 6,1 y 8,1 por 100 000 habitantes de esos grupos de edad, respectivamente; mientras que, en los menores de 1 año, esta es la cuarta causa de muerte más frecuente (0,1 por 1 000 nacidos vivos). Por esta razón, existe un programa de prevención de accidentes en los menores de 20 años, cuyas acciones fundamentales son de promoción y prevención (8, 29).

La atención prenatal cuenta con una metodología aplicada básicamente desde la APS, lo que garantiza el acceso y la cobertura universales, y comprende acciones como la captación precoz de las embarazadas, los estudios iniciales para detectar infecciones, enfermedades crónicas, riesgo genético y otros trastornos relacionados con el embarazo, además de la atención estomatológica, el aporte de suplementos vitamínicos y dietéticos, y la atención especializada. El aborto es un problema de salud reproductiva, en Cuba no se reconoce como método anticonceptivo; sin embargo, se mantiene una elevada frecuencia de la práctica del aborto ante un embarazo no deseado (30 por cada 1 000 mujeres de 12 a 49 años de edad), en particular entre las adolescentes y las jóvenes. Para disminuir este indicador se llevan a cabo acciones promocionales y educativas con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y los medios de comunicación. La figura 1.2 muestra el comportamiento de los índices de peso bajo al nacer y de mortalidad materna.

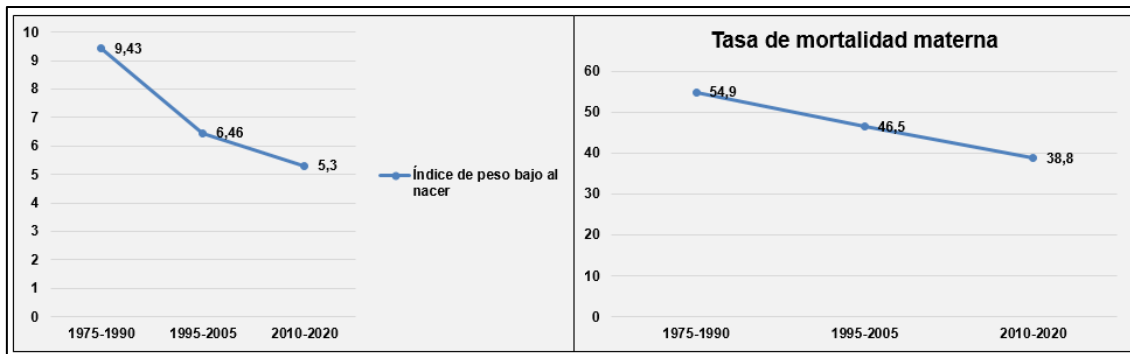


Figura 1.2 Comportamiento de los índices de peso bajo al nacer y de mortalidad materna en Cuba

Fuente: Adaptado de: Santana Espinosa, Esquivel Lauzurique, Herrera Alcázar, Castro Pacheco, Machado Lubián, Cintra Cala (2018)

La tasa de mortalidad materna se ha reducido, pero desde 1990 mantiene un comportamiento oscilante con cifras cercanas a 40 por 100 000 nacidos vivos. Las causas de mayor incidencia son las hemorragias graves (posparto o por embarazos ectópicos), las infecciones, los abortos espontáneos y la hipertensión gestacional (preeclampsia). Esto motivó la actualización del Programa de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna en el año 2012. Las principales estrategias de mejora de la calidad del PAMI se basan en la introducción de tecnologías de avanzada y la continua calificación del personal. Seguidamente se listan las principales acciones para desarrollar dichas estrategias:

- Para garantizar la salud reproductiva se ejecutan programas dirigidos a la atención a la pareja infértil y la detección precoz de cáncer cérvico uterino, de mama y otros.
- Acciones para la planificación familiar, cuya estrategia principal va dirigida al riesgo reproductivo preconcepcional, orientada a la educación y la información de las parejas sobre el uso profiláctico del ácido fólico, así como la detección y la compensación de las enfermedades o los factores de riesgo antes de la concepción.
- Se preconiza el empleo oportuno de métodos anticonceptivos transitorios o permanentes, que se ofrecen de forma gratuita, incluida la opción de la anticoncepción de emergencia, la cual está disponible en todos los consultorios del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

- Se ha implementado una estrategia de vigilancia y control, con un plan de acción para la mujer en edad fértil y para la pesquisa y la prevención de daños genéticos durante el embarazo.

Para promover la mejora en el PAMI se deben tener en cuenta todos y cada uno de los procesos asistenciales al igual a las personas que operan en cada uno de ellos para así determinar cuáles son las falencias que se presentan y donde se quiere llegar, además se deben tener en cuenta a los mismos usuarios y sus familias esto por medio de las encuestas de satisfacción o por los mismos procesos de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, con el fin de determinar por donde se deben iniciar a realizar las respectivas mejoras como priorizando los procesos teniendo claro que la calidad debe ser un proceso continuo, apoyado de los estándares de calidad suministrados por los estándares de acreditación a los cuales se sujeta el programa donde prima el paciente y su familia llegando así a una suma de acciones correctas y concretas para buscar el máximo de la calidad. En resumen, la mejora de la calidad consiste en establecer cuál es, en cada momento, la práctica considerada como correcta, compararla con la que se realiza, establecer los motivos por los cuales surgen problemas, aplicar los cambios necesarios para solucionarlos y comprobar si estos cambios son eficaces. Sin embargo es importante identificar la metodología apropiada para llevar a cabo las acciones y lograr el efectivo cumplimiento de los objetivos.

1.4 Revisión de los procedimientos y metodologías afines a la mejora integral de la calidad en el Programa de Atención Materno Infantil.

Se realizó una revisión de los principales procedimientos y metodologías afines al objetivo general de la investigación. Se llevó a cabo una revisión de 44 investigaciones y se realizó un análisis de centralidad para identificar las principales variables que determinan la calidad del PAMI; para ello se emplearon los programas estadísticos SPSS versión 21 para Windows y Ucinet. La figura 1.3 muestra el diagrama de red donde se evidencia que las variables más relevantes resultan: calidad de la atención prenatal, calidad de la atención posnatal y calidad del seguimiento. La selección de las variables se basa en los parámetros que se muestran en el anexo 2 y sus criterios son: menor centralización global de cercanía con la red (*in Closeness*), mayor

centralización global de la cercanía armónica (*in Harmonic Closeness*) y mayor robustez en los valores del *eigenvector*.

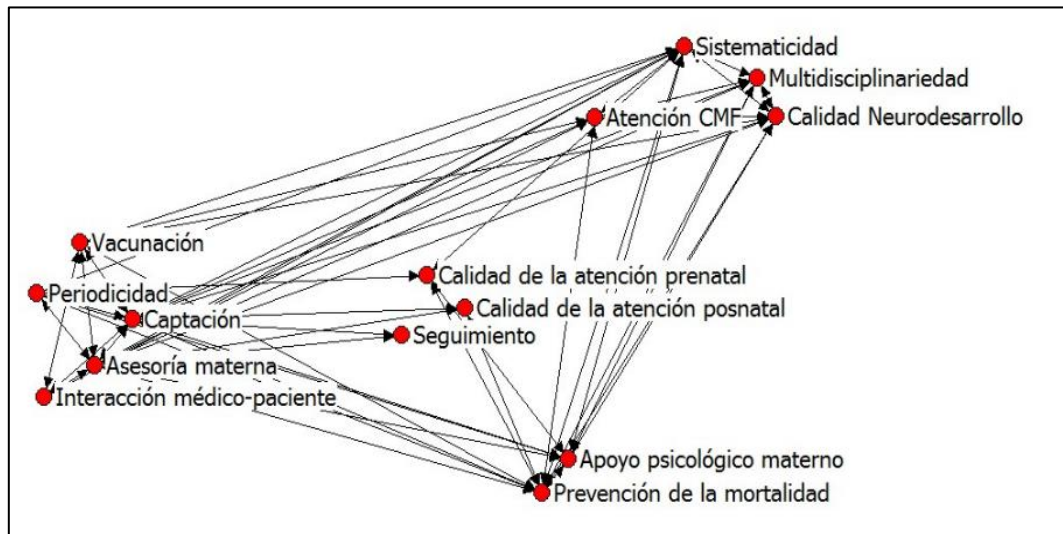


Figura 1.3 Diagrama de red para las variables de calidad en el PAMI

Fuente: Ucinet

Del análisis se concluye que la investigación de Lastre, Bandera Feijoo, Betancourt Milanés, Reynosa Agüero y Acosta (2011) propone una serie de atributos esenciales que regulan el PAMI, sin embargo, no concibe un enfoque metodológico. Desde esta perspectiva se debe fortalecer este carácter a través de la revisión de herramientas metodológicas afines.

Con la información resultante de la revisión de los procedimientos, y con el objetivo de agrupar las tendencias metodológicas, se realizó un análisis de conglomerado jerárquico a través del método de unión de Ward y la distancia euclídea al cuadrado, realizando un corte a nivel 15, se identificaron tres posibles grupos (ver anexo 3). Seguidamente se describen las principales características de los clúster analizados.

El primer grupo está integrado por el 31.8%¹ de las investigaciones y aborda que, los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos; para conocer y comparar el estado de salud entre

¹ Hernández, Hernández y Bringas (2013); Henao Nieto, Giraldo Villa y Yepes Delgado (2018); Elias Sierra, Bordelois Abdo, Díaz Trujillo, Estevan Soto y González Hechevarría (2018); Garzón Ariza y Ariza Pardo (2018); Constantén, Morales, Viera, Ramos, Alomá, Nistal y Padrón (2018); González Portales, Rodríguez Cabrera, Jiménez Ricardo, Marques Vilella y Guzmán Cayado (2018); Castellano, Peña y Suárez (2019); Del Carmen Sara (2019); López (2020); Holmes (2020); Febres Ramos y Mercado Rey (2020); Rodríguez Hernández, Barcos Pina y Álvarez Sintés (2021); Ríos, Fernández, Ramírez, Saborit y Lorente (2020); Cabrera Solís, Urgellés Carreras, Santamaría Trujillo, Rodríguez Iglesias y Gil Agramonte (2021); Antonio y Odio (2021)

poblaciones (aspecto fundamental para estrategias y programas en políticas de salud), y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y función física a través del tiempo.

La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud. En este sentido plantean la importancia de tener en cuenta los indicadores que más se ajusten al problema de salud que se va a estudiar, se debe tener en cuenta: en qué enfermedad y en qué grupo poblacional va a ser utilizado, su capacidad de discriminación para establecer diferencias entre padecimientos o entre enfermos con una misma enfermedad, descripción para observar la evolución del padecimiento y detectar cambios en la calidad de vida a través del tiempo así como, predicción de posible discapacidad futura y un desenlace poco afortunado de la calidad de vida.

Estos autores hacen referencia a la importancia de los cuestionarios, ya que comprenden aspectos o dimensiones que permiten valorar el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, así como el bienestar emocional de los individuos. En niños, permiten valorar aspectos físicos, psicológicos y sociales además de habilidades para realizar actividades apropiadas para su edad.

El segundo clúster (20.46%²) expone criterios que incluyen los indicadores asociados a la Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), el programa internacional de encuestas de hogares, elaborado por el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). MICS está diseñada para hacer estimaciones internacionalmente comparables y generar estadísticas sólidas sobre indicadores clave para el monitoreo de la situación de los niños, niñas, adolescentes y mujeres en áreas relacionadas con la protección de sus derechos. En la actualidad es una herramienta de generación de datos sobre

² Favier Torres, Dorsant Rodríguez, Torres Ramos, Samón Leyva y Franco Bonal (2018); Pérez Pulido, Orlandoni Merli, Ramoni Perazzi y Valbuena Vence (2018); Bustamante, Zerda, Obando y Tello (2020); Montalvo, Estrada y Mamani (2020); Ríos, Fernández, Ramírez, Saborit y Lorente (2020); Ortiz, OFarril, Tellez y Telles (2020); Guerrero y López (2020); Gutiérrez Aguado, Pinares Bonnett, Salazar Panta y Guerrero Cruz (2021); Ríos, de la Mora Martín, Fonseca, Rangel y García (2022)

progresos en compromisos nacionales con objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El interés del gobierno de Cuba en la generación de datos sobre su niñez se expresa en la participación sistemática del país en cinco de las seis rondas globales de MICS. Este esfuerzo excepcional ha producido un panorama de datos para el seguimiento y reporte sobre objetivos relativos a la infancia, que se actualiza periódicamente con transparencia, robustez técnica y comparabilidad internacional. Al mismo tiempo da cuenta del gran número de metas ya cumplidas y de los avances significativos en materia de salud materno-infantil, nutrición, educación temprana y desarrollo infantil, protección; entre otros indicadores y variables contextuales de su bienestar y garantes de sus derechos.

En Cuba el liderazgo en la conducción de MICS ha sido asignado a la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y como agencia implementadora nacional, dirige al equipo operativo de la encuesta y coordina el trabajo de los comités directivo y técnico integrados por funcionarios y directivos de otros organismos, organizaciones e instituciones nacionales, así como expertos técnicos en los temas de la encuesta cubana. La sexta ronda MICS de Cuba, llevada a cabo durante 2019 duplicó el número de indicadores de la quinta ronda. El informe final de la encuesta contiene 192 tablas de datos nacionales, con apertura urbano-rural y subnacional para las 15 provincias y otras desagregaciones de variables sociodemográficas y de los contextos familiar y educacional. Suministra datos al 73 por ciento de indicadores de infancia a los que el país da seguimiento, e información parcial o total a 25 indicadores globales ODS.

El tercer y último clúster contiene el 47.69%³ de los trabajos revisados y aborda elementos, entre los que se encuentra el aprovechamiento de los recursos

³Donabedian (2005); Lugo, Cabañin y Izada (2018); González, Bretaña y Peña (2018); Álvarez Lauzarique, Bayarre Vea y Pérez Piñero (2018); Cobo Mejía, Estepa Rodríguez, Herrera Triana y Linares Reyes (2018); Falcón Fariñas, Escalante Padrón, Nordelo Valdivia y Campal Espinosa (2018); Guerra Macías (2019); Galeano Zaldívar y Esquenazi Borrego (2019); González y Fleites (2020); Morejón, Espinosa y Mariño (2020); Agramonte Llanes, Pérez Molina y Tuttle Rodríguez, (2020); Martínez Delgado y Martínez Trujillo (2020); Lara, Abrahante y Morales (2020); González, Leal, Ramos, Manresa, Valdés y Hernández (2020); González (2020); Cabrera, Abascal, Meléndrez y Bernal (2020); Di Fabio, Gofin y Gofin (2020); Esquenazi Borrego, Figueira dos Anjos Oliveira, Tavares Menandro, Odriozola Guitart, Pérez Soto, Teixeira Garcia y Galeano Zaldívar (2021); Espinosa, Reyna y López (2022); Cruzata

tecnológicos en función de la calidad de programas de salud, como es el caso del PAMI. Resulta interesante El producto “BASE-PAMI”, que consiste en un software que, a partir de datos introducidos por el usuario, permite llevar el control y seguimiento adecuado a cada paciente (gestante, menores de un año, riesgo reproductivo preconcepcional y enfermedades crónicas de la infancia). Con esta herramienta se garantiza que las gestantes e infantes disfruten de una calidad en la atención médica cualitativamente superior.

El diseño y aplicación del software BASE-PAMI se fundamenta en la fusión de la actividad científico-tecnológica con el desarrollo del país. Incorporar nuevas y mejoradas tecnologías para resolver problemas priorizados de salud y sus determinantes, tiene una expresión lineal en la calidad de los diferentes servicios que se prestan en el nivel primario de atención médica. Otros investigadores opinan que la informatización en la salud es importante para la toma de decisiones, clínico-epidemiológicas, operativas y estratégicas de dicho sector. Existen otras aplicaciones relacionadas con el PAMI como es el Software Salgen en Sancti Espíritus, desarrollado sobre la base del software libre, con lenguaje PHP y gestor de base de datos PostgreSQL. El mismo es capaz de proporcionar métodos imprescindibles para la autoevaluación y el monitoreo continuo de la calidad de la atención materna-infantil, que lo convierten en una herramienta adicional para la gestión organizativa del PAMI. En base a ello, se plantea que Cuba se acomete a pasos acelerados a la informatización del Sistema Nacional de Salud, y dentro de este, se ha dado prioridad a la Atención Primaria de Salud (APS). Mejorar las condiciones de trabajo para todo el personal sanitario es indispensable si se persigue elevar la excelencia en los servicios. La incorporación de la informática como una herramienta de trabajo se convierte en una imperiosa necesidad en correspondencia con el desarrollo tecnológico actual. En relación a la evaluación de los productos y tecnologías sanitarias de impacto hay autores que opinan que aunque en el mundo existen muchas herramientas informáticas en torno a los servicios de salud, no siempre cumplen con los requerimientos para satisfacer las exigencias del MINSAP, debido a que no están diseñados

en función de las particularidades y especificidades que exige el cliente o usuario.

En el análisis bibliográfico pudo comprobarse que una de las formas de gestión integrada desarrollada por el MINSAP implica el diseño, implementación y evaluación de los programas de salud. Uno de ellos es el Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI), el cual ha transitado por procesos de fortalecimiento según las demandas de cada período y el desarrollo social, para una mejora continua de los resultados en salud reproductiva y materno infantil. En su concepción actual, el PAMI responde a diversos objetivos que para su gestión se enriquecen con la inclusión de subprogramas y orientaciones metodológicas. La ejecución de las acciones consignadas en ese documento, están a cargo de profesionales de diferentes especialidades, autoridades sanitarias y directivos de otros sectores, con un alcance nacional y cobertura universal.

Por su valor estratégico, el PAMI cuenta con un equipo de trabajo y un responsable por cada provincia del país que se encarga de su gestión, monitoreo y evaluación. La red de servicios de salud que articula el PAMI, involucra actores de los tres niveles de complejidad en la atención a la salud en Cuba que son: primer nivel, que abarca los consultorios del médico y enfermera de la familia, policlínicos, hogares maternos, clínicas estomatológicas y la activa participación de otros sectores; segundo nivel, representado por los hospitales materno-infantiles o servicios en hospitales generales; y tercer nivel, integrado por centros nacionales e institutos de investigación y desarrollo que se vinculan a la salud materno-infantil (López Puig, Alonso Carbonell, García Millán, Santana Espinosa, Herrera Alcázar, 2013).

Esta estructura y sus procesos se integran y modulan para hacer cumplir los objetivos del programa a partir de las acciones de dirección y gestión nacional, provincial y municipal de las redes de los servicios de salud. Dichas acciones generan desafíos en cuanto a la calidad con que se llevan a cabo, la forma en que se dirigen y gestionan los procesos en la red de servicios y el impacto final que sobre los indicadores del programa ejercen los determinantes del grado de satisfacción de los pacientes.

1.5 Estado de la praxis de la mejora integral de la calidad en el Programa de Atención Materno Infantil.

La implementación de la estrategia de salud recogida en el PAMI para reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, constituye uno de los desafíos que más tensiona a los prestadores, directivos y gestores de las redes de servicios de salud de todo el país. El responsable provincial del PAMI, entre otros aspectos, debe armonizar las estrategias nacionales y provinciales a las peculiaridades de cada territorio, así como priorizar las actividades de planificación logística a las que el país destina anualmente cuantiosos recursos financieros.

La atención materno-infantil en Cuba se brinda, entre otros, por médicos de familia, residentes o especialistas de Medicina General Integral. Estos, asesorados fundamentalmente por especialistas de Pediatría y Ginecología y Obstetricia que trabajan en la Atención Primaria de Salud (APS), generan un espacio particular de coordinación trans e intersectorial, que favorece la participación social y el manejo de determinantes para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de los problemas de salud de la población materno-infantil, lo cual representa otro desafío de calidad en el tiempo y momento histórico concreto. Los principales logros obtenidos en la salud materno-infantil en Cuba, con su máxima expresión en las bajas tasas de mortalidad infantil y materna, se relacionan con las acciones sociales para la modificación de sus determinantes, el desarrollo tecnológico alcanzado, trabajo de los técnicos y profesionales vinculados a la actividad, los procesos culturales que favorecen el autocuidado y el aporte económico que el gobierno garantiza para su sostenimiento (López Puig, Alonso Carbonell, García Millán, Santana Espinosa, Herrera Alcázar, 2013).

Cuba ocupa el primer lugar en los indicadores favorables de mortalidad infantil en menores de uno y cinco años, en América Latina. No obstante, identificar desafíos para la integración de todos los componentes de gestión y ejecución del PAMI, son parte consustancial de su desarrollo, en la misma medida en que la realidad social y económica cambiante genera nuevos retos. La gestión integral, enfocada a un programa como el PAMI, impone retos específicos para la operatividad e implementación de procedimientos que permitan su evaluación y mejora.

El sistema de salud cubano apuesta por el método clínico para alcanzar la máxima calidad en los servicios asistenciales, sostenibles y sin elevación de los costos. En Cuba, el método clínico está respaldado por una guía de trabajo elaborada por y para el profesional médico, aplicable en la consulta, que tiene entre sus pilares básicos la relación médico-paciente y la historia clínica como herramienta de registro, con el objetivo de arribar a un diagnóstico contextualizado de la enfermedad que afecta al individuo. Ni la mejor tecnología puede sustituir esta función, de lo cual debe estar consciente todo profesional de la salud que desee brindar un servicio esmerado a los pacientes, aun cuando los indicadores de salud se comporten satisfactoriamente, reportando una tasa de bajo peso al nacer de 5.4, en el país, al cierre del año 2020. La tabla 1.3 muestra los indicadores de mortalidad infantil y materna en Cuba, al cierre del año 2020, en ella se evidencian los bajos índices por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 1.3 indicadores de mortalidad infantil y materna en Cuba, en el año 2020

Provincia	Tasa de mortalidad infantil (1 000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad <7 días (neonatal precoz) (1 000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad 7-27 días (neonatal tardía) (1 000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad 28 días-11 meses (post-neonatal) (1 000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1 000 nacidos vivos (TMM5)	Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad materna directa por 100 000 nacidos vivos
Pinar del Río	4,6	0,8	1,1	2,7	7,0	-	-
Artemisa	5,7	2,2	1,3	2,2	7,5	18,3	-
La Habana	6,1	2,1	1,2	2,8	8,2	36,5	15,7
Mayabeque	5,5	1,8	1,6	2,1	7,3	-	-
Matanzas	5,2	1,9	1,0	2,2	6,0	29,5	29,5
Villa Clara	4,6	1,5	0,9	2,2	6,3	-	-
Cienfuegos	3,5	1,3	0,8	1,3	4,8	26,7	-
Sancti Spiritus	3,6	1,9	-	1,7	4,3	95,9	71,9
Ciego de Ávila	6,1	2,2	0,7	3,2	7,3	48,7	24,3
Camagüey	3,9	0,3	0,4	3,2	6,2	101,3	57,9
Las Tunas	4,7	2,7	0,8	1,3	6,1	56,9	37,9
Holguín	5,0	2,6	0,8	1,7	6,2	19,7	19,7
Granma	4,4	2,0	0,8	1,7	5,2	32,5	32,5
Santiago de Cuba	4,8	1,5	1,1	2,1	6,3	61,6	35,2
Guantánamo	6,2	1,8	1,2	3,2	8,1	35,2	35,2
Isla de la Juventud	2,3	1,1	0,1	-	2,3	-	-
Total	5,0	1,8	1,0	2,3	6,6	37,4	23,7

Fuente: MINSAP. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud (2020)

En la tabla 1.4 se observa que la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias agudas en menores de 5 años, no supera el valor de 0.5; y por enfermedades transmisibles, es claramente inferior en menores de cuatro años.

Tabla 1.4 Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias agudas en menores de 5 años, en el año 2020

Provincia	Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en menores de 5 años (1 000 nv) (A00-A09)	Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años (1 000 nv) (J00-J22)	Tasa de mortalidad por tuberculosis (100 000 hab.) (A15-A19)	Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles según grupos de edad. (A00-B99. G00-G03. J00-J22) (Menor de 1 año por 1 000 nv. de 1-4 por 10 000 hab. y resto por 100 000 hab.)						
				< 1	1-4	5-14	15-44	45-64	65 y más	Total*
Pinar del Río	-	0,3	0,3	1,0	0,4	3,2	7,7	34,7	399,8	78,9
Artemisa	-	0,4	0,4	0,4	0,9	-	8,6	53,9	597,6	99,5
La Habana	0,1	1,0	0,5	1,2	2,1	1,0	14,4	53,9	529,3	111,5
Mayabeque	-	0,5	-	0,5	1,3	-	10,0	46,1	577,7	107,8
Matanzas	-	0,4	-	0,9	0,7	2,8	5,4	29,8	449,8	82,1
Villa Clara	-	0,4	0,3	0,4	1,0	-	6,5	37,4	491,8	106,5
Cienfuegos	-	-	0,2	0,5	0,6	-	5,1	23,5	307,6	56,8
Sancti Spiritus	-	0,7	-	0,5	0,5	-	3,5	39,2	416,8	83,0
Ciego de Ávila	-	0,7	0,9	1,0	-	-	9,8	53,5	679,3	118,3
Camagüey	-	0,4	0,7	0,3	0,3	1,2	6,3	36,5	350,1	68,3
Las Tunas	0,2	0,4	-	0,8	0,4	3,4	7,8	22,0	272,5	51,5
Holguín	-	0,2	0,3	0,2	0,2	2,5	8,1	38,7	549,2	100,0
Granma	-	-	-	-	0,5	1,0	13,2	48,7	544,4	97,7
Santiago de Cuba	-	0,5	0,3	0,5	1,1	4,8	8,3	38,9	522,1	90,4
Guantánamo	-	0,2	-	0,5	1,4	3,1	10,9	31,4	315,6	56,9
Isla de la Juventud	-	-	-	-	-	-	18,7	11,5	410,6	66,7
Total	0,0	0,5	0,3	0,6	0,9	1,8	9,3	41,0	479,8	91,3

Fuente: MINSAP. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud (2020)
 A partir de lo anterior, investigadores como López Puig, Alonso Carbonell, García Millán, Santana Espinosa y Herrera Alcázar (2013) plantean que existen elementos que constituyen oportunidades de mejora en cuanto a la calidad del PAMI, estos son:

- No se aplican en su totalidad las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) para coordinar el trabajo entre los distintos niveles intra e intersectorial, en correspondencia con las posibilidades reales de cada territorio o institución y las necesidades detectadas.
- Necesidad de disponer de información digitalizada de los pacientes para beneficiar el intercambio científico de los profesionales sobre problemas de salud específicos.
- Necesidad de implementar una estrategia de desarrollo en el área de la informatización de los procesos de atención materno-infantil.
- Necesidad de satisfacer y superar continuamente las elevadas expectativas de la sociedad cubana y las autoridades del Sistema Nacional de Salud sobre la excelencia que merecen los servicios de atención materno infantil
- Los directivos perciben que aun, y a pesar del proceso de transformaciones, la planificación de los recursos humanos para atender el PAMI en el

presente, y a la luz de las proyecciones futuras, no está acorde a las necesidades del programa para dar la cobertura necesaria a los equipos básicos de salud, grupos básicos de trabajo y completar la plantilla hospitalaria.

- Necesidad de mejorar el desempeño laboral de los profesionales para brindar servicios de salud de buena calidad.
- Insuficiente desarrollo de estrategias para garantizar la formación posgraduada permanente de los especialistas mediante cursos básicos, diplomados, maestrías y doctorados, que respondan a las nuevas condiciones de compactación, regionalización y reorganización de los servicios.
- Dificultades para aprovechar los canales de comunicación y vinculación intersectorial entre las diferentes estructuras del gobierno, organismos, organizaciones y la red de servicios.

Los elementos antes expuestos evidencian la necesidad de un procedimiento que contribuya a la mejora integral de la calidad del PAMI, cuya implementación sea capaz de contribuir al incremento de los niveles de satisfacción del paciente. La herramienta metodológica deberá incluir las variables inherentes a la atención prenatal, posnatal y el seguimiento del niño y las embarazadas.

1.6 Conclusiones parciales

1. La gestión de la calidad en los servicios de salud es una estrategia efectiva para garantizar la satisfacción de los pacientes, y se concibe como una alternativa de contribución social y fortalecimiento de la calidad de vida en pacientes vulnerables, como los niños y las embarazadas.
2. El Programa de atención materno-infantil constituye una prioridad para el gobierno cubano, desde la perspectiva del tratamiento prenatal y posnatal de niños y embarazadas, y el seguimiento en consultas especializadas y de neurodesarrollo.
3. La mejora integral de la calidad del PAMI se orienta hacia indicadores que garanticen la atención diferenciada de niños y embarazadas, haciendo uso de las alianzas colaborativas con actores del gobierno y la comunidad, potenciando el aprovechamiento de las TICs y el seguimiento de los parámetros que se evalúan a nivel nacional e internacional.

CAPÍTULO II. MEJORA INTEGRAL DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

Seguidamente se describe el procedimiento para la mejora de la calidad del PAMI, el mismo se basa en los resultados del marco teórico práctico referencial, los principales indicadores de salud, a nivel nacional e internacional y las variables determinantes. La herramienta metodológica se estructura en tres fases y 11 etapas y concibe la calidad en los servicios prenatales, posnatales y de seguimiento, considera el desempeño de los actores de la comunidad, los órganos de gobierno y las entidades colaboradoras; así como el papel de las TICs y la integración de los servicios. La figura 2.1 ilustra el algoritmo del instrumento metodológico y la interrelación entre las fases y etapas. Los parámetros y actividades a mejorar, así como los criterios de medida, se adaptan a partir de la investigación realizada por Lastre, Bandera Feijoo, Betancourt Milanés, Reynosa Agüero y Acosta (2011). El segundo epígrafe del capítulo exhibe los resultados de la valoración del procedimiento a través de la prueba no paramétrica Q de Cochran.



Figura 2.1. Algoritmo del procedimiento para la mejora de la calidad del PAMI

Fuente: Elaboración propia

2.1 Fase I. Diagnóstico integral

En esta fase se procede a diagnosticar el PAMI a partir de los criterios del MINSAP, los cuales se reflejan en la investigación de Lastre, Bandera Feijoo, Betancourt Milanés, Reynosa Agüero y Acosta (2011). El objetivo de esta fase consiste en diagnosticar cuantitativamente los indicadores del PAMI. La ponderación para todos los indicadores será ordinal ascendente (1-5) a partir del criterio del equipo de trabajo, según la revisión documental, observación y seguimiento de los parámetros de evaluación. La escala para evaluar los indicadores se muestra en la tabla 2.1 y la forma de cálculo para todos los indicadores es la media aritmética.

Tabla 2.1 Escala para la clasificación de los indicadores de calidad del PAMI

Rangos	Categoría
1-2.33	Baja
2.34-3.67	Aceptable
3.68-5.00	Alta

Fuente: Elaboración propia

2.1.1 Etapa 1. Diagnóstico a la calidad de la preparación de la fuerza de trabajo

Objetivo: diagnosticar las competencias y desempeños de los directivos y trabajadores del PAMI.

Técnicas: observación directa, revisión documental, listas de chequeo y trabajo en grupo.

Se procede a calcular los índices de calidad de los componentes del programa, según se muestra en la tabla 2.2. Los criterios de medida consisten en la realización de reuniones de capacitación y reuniones semanales, cumplir con la cantidad de reuniones metodológicas de áreas realizadas y evaluación, preparación recibida por el grupo, número de visitas efectuadas de control, preparación recibida por los jefes de grupos y cantidad de controles realizados a los recursos materiales y monetarios.

Tabla 2.2 Requisitos para el índice de preparación de la fuerza de trabajo

Indicadores	Puntuación (1-5)	Clasificación
Cumplimiento de las reuniones metodológicas		
Diseño del plan estratégico		
Realización de las estrategias del programa a nivel de las áreas con participación comunitaria		
Preparación integral de los integrantes del grupo municipal		

Realización de visitas de control y evaluación		
Preparación del J. de Grupos de PAMI municipal		
Control de los recursos materiales y monetarios recibido por proyectos al programa		
Índice de preparación de la fuerza de trabajo (IPFT)	$\sum_{i=1}^{i=n} Puntuación/7$ (1)	

Fuente: Adaptado de Lastre, Bandera Feijoo, Betancourt Milanés, Reynosa Agüero y Acosta (2011)

2.1.2 Etapa 2. Diagnóstico a la calidad de la contribución al estado nutricional de la embarazada

Objetivo: diagnosticar la contribución del PAMI al estado nutricional de la embarazada.

Técnicas: observación directa, revisión documental, listas de chequeo y trabajo en grupo.

Se calcula el índice de contribución al estado nutricional de la embarazada, según se muestra en la tabla 2.3.

Tabla 2.3 Requisitos para el índice de contribución al estado nutricional de la embarazada

Indicadores	Puntuación (1-5)	Clasificación
Incorporación de las embarazadas a centro donde puedan recibir la alimentación adecuada		
Desarrollar acciones integrales que garanticen un estado nutricional óptimo en el niño		
Incorporación y consumo del módulo nutricional especial de gestantes con criterios		
Lograr que se asigne locales con condiciones a donde sea posible la creación de HOMA y/o casas nutricionales		
Desarrollo de acciones integrales que garanticen un estado nutricional óptimo en el niño		
Cumplir con el suministro de alimentos planificados, así como la asignación del combustible para el desarrollo de las actividades del programa		
Índice de contribución al estado nutricional de la embarazada (ICNE)	$\sum_{i=1}^{i=n} Puntuación/6$ (2)	

Fuente: Adaptado de Lastre, Bandera Feijoo, Betancourt Milanés, Reynosa Agüero y Acosta (2011)

2.1.3 Etapa 3. Diagnóstico a la calidad en la atención integral a la madre y el niño

Objetivo: diagnosticar la contribución del PAMI al estado nutricional de la embarazada.

Técnicas: observación directa, revisión documental, listas de chequeo y trabajo en grupo.

Se calcula el índice de atención integral a la madre y el niño (IIMN), la ficha de cálculo se muestra en la tabla 2.4.

Tabla 2.4 Requisitos para índice de atención integral a la madre y el niño (IIMN)

Indicadores	Puntuación (1-5)	Clasificación
Fortalecimiento de la calidad en la atención integral a las gestantes, haciendo énfasis en las de riesgo		
Seguimiento y control oportuno de gestantes con riesgo de morbilidad materna y perinatal		
Fortalecimiento de la calidad en la atención integral al niño		
Atención diferenciada a niños de riesgo y enfermos crónicos		
Perfeccionamiento del diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas		
Atención integral a las parejas y niños con diagnósticos de enfermedades hereditarias y o discapacidades		
Lograr que las capacitaciones e investigaciones que se realicen respondan a las problemática del Programa Materno Infantil		
Efectuar reuniones conjuntas para la evaluación del cumplimiento del proceso de capacitación e investigación relacionado al programa y trazar nuevas estrategias		
Elevar la formación académica y profesional de los dirigentes y funcionarios del programa		
Índice de atención integral a la madre y el niño (IIMN)	$\sum_{i=1}^{i=n} Puntuación/9 (3)$	

Fuente: Adaptado de Lastre, Bandera Feijoo, Betancourt Milanés, Reynosa Agüero y Acosta (2011)

2.1.4 Etapa 4. Diagnóstico a la calidad en la reducción del bajo peso al nacer

Objetivo: diagnosticar la contribución del PAMI a la reducción del bajo peso al nacer.

Técnicas: observación directa, revisión documental, listas de chequeo y trabajo en grupo.

Se calcula el índice de contribución a la reducción del bajo peso al nacer (ICBP), según la tabla 2.5.

Tabla 2.5 Requisitos para índice de contribución a la reducción del bajo peso al nacer (ICBP)

Indicadores	Puntuación (1-5)	Clasificación
Disminuir la prevalencia del embarazo en la adolescencia		
Dispensarizar como grupo de riesgo a las mujeres con historia de aborto del segundo trimestre y partos con productos bajo peso		
Garantizar un buen estado de salud en la embarazada		
Detectar precozmente la gestante con alto riesgo evitando el CIUR y el parto pretérmino		
Reconocer precozmente los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino para su tratamiento adecuado		
Promover el apoyo social a la gestante de alto riesgo		
Incrementar en la educación en relación con el Bajo Peso al Nacer		
Incrementar los conocimientos en relación al Bajo Peso al Nacer		
Índice de contribución a la reducción del bajo peso al nacer (ICBP)	$\frac{\sum_{i=1}^{i=n} Puntuación}{8}$ (4)	

Fuente: Adaptado de Lastre, Bandera Feijoo, Betancourt Milanés, Reynosa Agüero y Acosta (2011)

2.1.5 Etapa 5. Evaluación integral de la calidad del PAMI e identificación de los puntos críticos

Objetivo: determinar cuantitativamente la calidad del PAMI y seleccionar los indicadores que más afectan su buen desempeño

Técnicas: observación directa, revisión documental, listas de chequeo y trabajo en grupo.

Se procede a calcular el índice de calidad del PAMI (CPAMI) a partir de la media aritmética de los indicadores calculados en las etapas 1-4 (ver tabla 2.6). Posteriormente se identifican los puntos críticos para cada requisito evaluado, a partir de aquellos indicadores que obtengan una clasificación baja, según la escala que aparece en la tabla 2.1; además se identifican las posibles causas que puedan incidir en las deficiencias identificadas.

Tabla 2.6 Requisitos para el cálculo del índice de calidad del PAMI (CPAMI)

Indicadores	Resultado	Clasificación
Índice de preparación de la fuerza de trabajo (IPFT)		
Índice de contribución al estado nutricional de la embarazada (ICNE)		
Índice de atención integral a la madre y el niño (IIMN)		
Índice de contribución a la reducción del bajo peso al nacer (ICBP)		
Índice de calidad del PAMI (CPAMI)	$\sum_{i=1}^{i=n} IPFT + ICNE + IIMN + ICBP / 4 \quad (5)$	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.7 Ficha para la selección de los puntos críticos

Elementos	Indicadores	Posibles causas
Preparación de la fuerza de trabajo		
Contribución al estado nutricional de la embarazada		
Atención integral a la madre y el niño		
Contribución a la reducción del bajo peso al nacer		

Fuente: Elaboración propia

2.2 Fase II. Propuesta e implementación de soluciones de mejora

En esta fase se procede a proponer soluciones en el orden correctivo, de innovación y a través de la colaboración, para todos los elementos evaluados en las etapas 1-4. Seguidamente se listan las posibles acciones para cada elemento.

Preparación de la fuerza de trabajo

- Realizar reuniones con metodología aprobada
- Realizar una reunión semanal
- Incrementar las reuniones metodológicas de áreas realizadas y evaluar los resultados



- Incrementar el número de visitas de control y evaluación
- Realizar precozmente el ingreso en HOMA ó vinculación a otros servicios de alimentación al 100 % de las gestantes con trastornos nutricionales
- Garantizar el suministro y consumo de tabletas prenatales y Materlac al universo de gestantes
- Realizar diagnóstico y tratamiento precoz al 100 % de las gestantes con anemia.
- Realizar diagnóstico e ingreso oportuno de todas las gestantes con diagnóstico de Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR)
- Garantizar la asignación de recursos diferenciados para la alimentación de la embarazadas
- Garantizar la incorporación y consumo del módulo nutricional especial de gestantes con criterios

Contribución al estado nutricional de la embarazada

- Reducir el índice de bajo peso al nacer por debajo de 5.5 por cada 100 NV.
- Realizar captación precoz y seguimiento por el especialista en pediatría y nutrición del 100 % de los nacidos bajo peso.
- Realizar atención integral a los niños desnutridos de 0–15 años con la participación de los gobiernos locales
- Incrementar el ingreso de todo niño desnutrido en la sala de rehabilitación nutricional del hospital pediátrico provincial sobre todo el menor de un año.
- Lograr el cumplimiento en cantidad y calidad de las dietas médicas en el 100% de los niños con enfermedades crónicas de la infancia
- Dominar el plan de intervención de cada niño desnutrido, delgado y baja talla.
- Realizar con la calidad requerida en las actividades de puericulturas establecidas, la valoración nutricional; que permita identificar precozmente los niños delgados y con estancamiento de la talla.
- Aprovechar todos los espacios para brindar la suficiente información nutricional a la familia.



- Intercambiar con los trabajadores sociales y los promotores del programa Educa a tu hijo, los resultados de la EIPIIC y contribuir con acciones educativas su modificación.

Atención integral a la madre y el niño

- Lograr el 100 % de captación precoz del universo de embarazadas.
- Lograr la realización del 100 % de las consultas de riesgo preconcepcional y planificación familiar en todas las áreas de salud.
- Realizar el 100% de la consulta de genética comunitaria a las gestantes
- Lograr que el 100 % de las consultas evaluadoras, reevaluadoras y de preingreso sea realizada por el especialista en obstetricia del área.
- Garantizar que el 100 % del universo de embarazadas de riesgo sean atendidas por el especialista en Obstetricia.
- Lograr la evaluación del 100 % de los casos maternos graves por la comisión municipal creada.
- Lograr la incorporación de los obstetras de la Atención Primaria de Salud (APS) a las guardias hospitalarias.
- Realizar plan de intervención individual a cada gestante de riesgo
- en el área de salud
- Lograr el cumplimiento del flujograma de conducta de la EHG, RPM, e infección vaginal en cada área de salud
- Realizar captación precoz al 100% del recién nacido antes de las 48 horas por EBS y antes de los siete días por pediatra del área.
- Realizar estudios de tecnología avanzada al 100% de recién nacido al quinto día de vida, así como la evaluación de los resultados.
- Garantizar cumplimiento del esquema de vacunación según programa establecido por grupo de edades al 95 % de la población pediátrica
- Cumplir con la calidad y cantidad del 100% de consultas de puericultura establecidas.
- Lograr el cumplimiento de lactancia materna exclusiva hasta aproximadamente los 6 meses.
- Lograr que el 100 % de las gestantes de alto riesgos o patología asociada sean atendidas por el especialista en Obstetricia del área.

- Control y seguimiento del 100% de los niños de riesgo y enfermos crónicos por especialista en pediatría
- Evaluación y seguimiento de niños desnutridos por pediatra y especialista en nutrición
- Garantizar el ingreso oportuno del 100% de niños desnutridos con criterio en sala de nutrición del hospital infantil provincial.
- Garantizar ínter consulta con cardiopediatría de 100 % de niños cardiopatas
- Garantizar diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. del 100 % de los niños con enfermedades respiratorias y diarreicas agudas.
- Garantizar atención integral a niños con enfermedades crónicas de la Infancia.
- Temas de capacitación e investigación Impartido, sobre las problemáticas identificadas en las áreas.
- Actividades de capacitación con proyección comunitaria, realizadas sobre infección ginecológica alta, manejo del recién nacido normal, bajo peso al nacer, lactancia materna exclusiva, enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y otras.
- Realizar proceso de preparación integral.
- Realizar procesos de evaluación y desempeño en las especialidades del personal médico y paramédico vinculados al PAMI.

Contribución a la reducción del bajo peso al nacer

- Promover que las adolescentes se beneficien de la consulta de planificación familiar.
- Divulgar entre los adolescentes los medios de anticoncepción en esa edad.
- Divulgar dentro de la población y especialmente dentro de los adolescentes la desventaja de la maternidad en esta etapa de la vida.
- Proteger con métodos anticonceptivos a mujeres de riesgo.
- Estudiar exhaustivamente a toda gestante con estas características para determinar posibles causas del mismo.
- Brindar educación a estas mujeres alertándola sobre los síntomas sutiles de amenaza de parto Pretérmino.
- Garantizar el ingreso de la gestante con antecedentes de aborto del segundo trimestre y parto con producto bajo peso.



- Detectar durante la atención prenatal al 100 % de la gestante mal nutrida
- Realizar ingresos en hogares maternos y hospitales a embarazadas con mal nutrición y factores sociales
- Establecer con exactitud la edad gestacional desde la primera consulta
- Identificar desde las primeras consultas prenatales las gestantes con riesgo de parto pretérmino
- Interpretar y controlar la curva de ganancia de peso de la gestante y el crecimiento de la altura uterina
- Realizar en las gestantes con riesgo de retraso de crecimiento intrauterino la biometría fetal
- Diagnosticar y tratar oportunamente las afecciones cérvicovaginales.
- Garantizar ingreso oportuno en la sospecha de parto pretérmino o CIUR, a los hogares maternos u hospital.
- Garantizar inducción de la madurez pulmonar entre las 28 y las 34 semanas a todas gestantes con riesgo
- Instruir a la gestante de alto riesgo sobre la detección precoz del parto pretérmino entrenándola en la auto-detección de
 - contracciones indoloras
- Enfatizar en el médico la necesidad de una observación prolongada de una hora como mínimo de la gestante con contracciones
- Hacer exámenes vaginales buscando modificaciones de cuello frente a cualquier patrón de contractilidad anormal
- Utilizar medios de difusión masiva para favorecer una actitud de protección a la embarazada
- Promover a través de las organizaciones de masa el apoyo solidario a las embarazadas
- Brindar a la población mediante los medios masivos de comunicación el conocimiento de los factores de riesgo sobre el Bajo Peso al nacer
- Brindar información y contenido educacional a los CDR, FMC, CTC, ANAP, FEU y FEEM y otros encaminados a lograr mayor divulgación promoviendo medidas que puedan incluso eliminar factores casuales
- Organizar investigaciones y Proyectos en relación al Bajo Peso al nacer

2.2.1 Etapa 6. Propuesta e implementación de acciones correctivas

Objetivo: proponer acciones de mejora para indicadores que se consideran puntos críticos, a partir de los esfuerzos internos del área de salud.

Técnicas: tormenta de ideas y trabajo en grupo.

Para la implementación de las acciones correctivas se propone realizar un plan de acción, siguiendo la estructura de la tabla 2.8, y teniendo en cuenta solamente los indicadores cuya evaluación se encuentra por debajo de 2.34.

Tabla 2.8 Plan de implementación de acciones correctivas

Elementos críticos	Acciones	Fecha de control	Fecha de cumplimiento	Responsable	Recursos
1					
2					
3					
n					

Fuente: Elaboración propia

2.2.2 Etapa 7. Propuesta e implementación de estrategias innovadoras

Objetivo: proponer acciones de mejora por innovación tradicional y colaborativa.

Técnicas: tormenta de ideas y trabajo en grupo.

Se procede a diseñar acciones basadas en la innovación tradicional y colaborativa, estas pueden tener un alcance tanto a los puntos críticos como a los indicadores que se encuentren en las categorías aceptable y alta, las principales estrategias consisten en:

- Incrementar el aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs)
- Fortalecer el proceso de digitalización de la información
- Contribuir a la informatización de los procesos de atención materno-infantil
- Mejorar la excelencia de los servicios de atención materno infantil
- Fortalecer la planificación de los recursos humanos para atender el PAMI
- Mejorar el desempeño laboral de los profesionales
- Desarrollar acciones para garantizar la formación posgraduada permanente de los especialistas
- Aprovechar los canales de comunicación y vinculación intersectorial entre las diferentes estructuras del gobierno, organismos, organizaciones y la red de servicios

Entre las principales alianzas colaborativas que puede establecer el PAMI, se encuentran:

- Órganos de gobierno
- Ministerio de Informática y Telecomunicaciones
- Consejos de administración municipal y provincial
- Centros de Comunicación y medios audiovisuales
- Centros de estudio y superación
- Parques científico-tecnológico

Tabla 2.9 Ficha de mejora por innovación

Elementos	Acciones	Participación de los actores del PAMI	Colaboradores	Participación de los colaboradores
1				
n				

Fuente: Elaboración propia

En las estrategias de mejora por innovación la participación de colaboradores es opcional, la diferencia de estas con respecto a la etapa que le antecede radica en que son planificadas y diseñadas a través de proyectos de innovación. Desde esta perspectiva la planificación de las acciones concretas y sus fechas de control y cumplimiento se definen en la estructura y cronograma de ejecución de los proyectos y la participación de las partes.

2.3 Fase III. Evaluación de los resultados y su impacto

Se evalúan los resultados a partir de indicadores de satisfacción de los pacientes e impacto en su calidad de vida. La satisfacción constituye en indicador directo y la calidad de vida se define como un indicador indirecto, ya que está condicionada por otros factores que no los determina el PAMI.

2.3.1 Etapa 8. Análisis de la satisfacción del paciente

Objetivo: evaluar la satisfacción del paciente con los servicios del PAMI

Técnicas: encuestas, entrevistas, cuestionarios.

Se procede a calcular el índice de satisfacción del paciente, en este caso se podrán aplicar encuestas, cuestionarios y entrevistas a madres que han sido atendidos por el PAMI. Esta información puede complementarse con la revisión de quejas y con criterios de los colaboradores y miembros del PAMI. La tabla 2.10 muestra los indicadores para evaluar la satisfacción. La forma de cálculo y escala de evaluación coinciden con las definidas en la fase I

Tabla 2.10 Ficha para la evaluación de la satisfacción del paciente (ISP)

Indicadores	Puntuación	Clasificación
Calidad de la atención		
Disponibilidad de recursos		
Atención prenatal		
Seguimiento		
Atención posnatal		
Integralidad de la atención		
Relación médico-paciente		
Accesibilidad a los servicios		
Índice de satisfacción del paciente (ISP)	$\sum_{i=1}^{i=n} Puntuación/8$ (6)	

Fuente: Elaboración propia

2.3.2 Etapa 9. Análisis del impacto en la calidad de vida del paciente

Objetivo: evaluar el impacto del PAMI en los indicadores de calidad de vida del paciente.

Técnicas: trabajo en grupo y técnicas para lograr consenso.

Los indicadores de calidad de vida del paciente se evalúan de acuerdo con los definidos por la Dirección de registros médicos y estadísticas de salud (2020). Los mismos se listan en la tabla 2.11, y se valora el impacto, en la medida en que no se deterioren los resultados con respecto a períodos anteriores. Se deberá valorar, por parte del PAMI, la medida en que los indicadores tengan un comportamiento favorable se puntuará en una escala ordinal ascendente (1-5) y se someterá a los parámetros de evaluación de la escala 2.1.

Tabla 2.11 Indicadores de calidad de vida del paciente del PAMI

Indicadores generales	Puntuación
Total de nacidos vivos	
Porcentaje de nacidos vivos en instituciones de salud	
Tasa de fecundidad general por 1 000 mujeres de 15-49 años	
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1 000 nacidos vivos (TMM5)	
Tasa de mortalidad perinatal	
Tasa de mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas por 1 000 nacidos vivos	
Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	
Tasa de mortalidad materna directa por 100 000 nacidos vivos	
Índice de contribución a la calidad de vida del paciente (ICVP)	$\sum_{i=1}^{i=n} Puntuación/10$ (7)

Fuente: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud (2020).

2.3.3 Etapa 10. Análisis del impacto general del PAMI

Objetivo: construir la matriz de impacto del PAMI en el paciente

Técnicas: Matriz de impacto general del PAMI

Se construye la matriz de impacto del PAMI en el paciente, con el objetivo de clasificar los resultados, en cuanto a su estado actual y con vista a la toma de acciones correctivas. En la figura 2.2 aparece la matriz y en la tabla 2.12 se describen las estrategias para cada cuadrante. Los indicadores a relacionar en esta matriz son el ISP e ICVP. Los límites de la matriz se establecen en ambos ejes, de acuerdo al nivel mínimo aceptable de la escala (2.34), y su posición se realizará a partir de redondeo por exceso, es este valor.

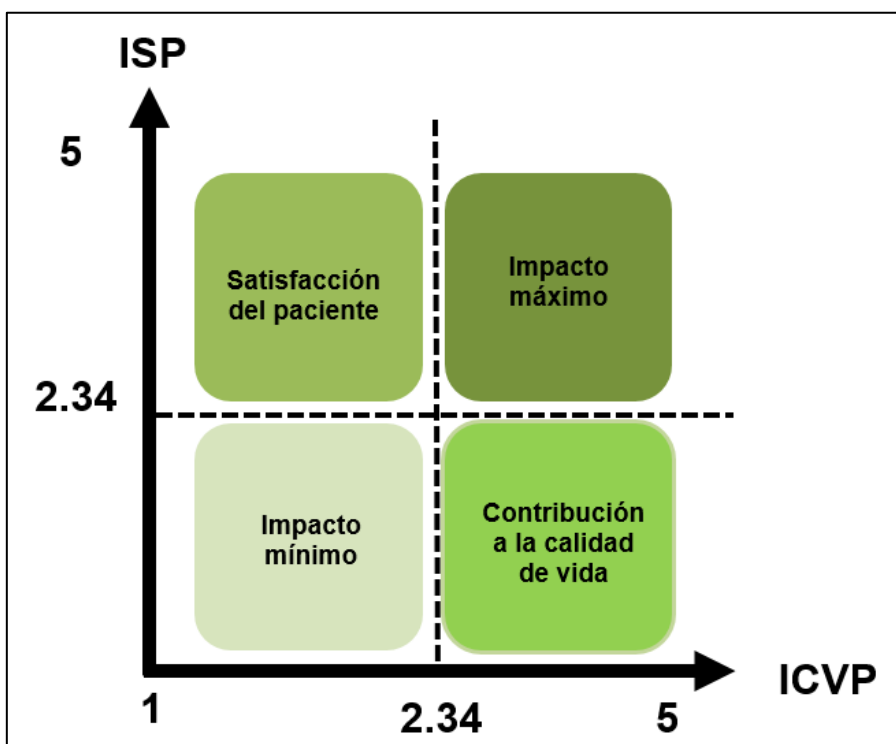


Figura 2.2 Matriz de impacto del PAMI en el paciente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.12 Estrategias para la clasificación por cuadrantes en la (MPOA)

Cuadrante	Clasificación
Impacto mínimo	El impacto es bajo, tanto para la satisfacción del paciente, como para los indicadores de calidad de vida. Las estrategias, fortalecer y mejorar los servicios, con el propósito de incidir en los indicadores que afectan los resultados.
Contribución a la calidad de vida	Esta posición implica que los resultados de los indicadores de calidad de vida son altos, sin embargo, la satisfacción del paciente es baja. Las estrategias deben orientarse a mejorar los mecanismos para la ejecución de los servicios, la disponibilidad de los recursos y la relación médico-paciente; ya que son estos los atributos directamente perceptibles por el cliente.
Satisfacción del paciente	En este cuadrante el impacto en los indicadores de calidad de vida es bajo, sin embargo, la satisfacción del paciente es elevada. Las estrategias deben centrarse en los resultados de la ejecución de los

	servicios del programa, evaluando la fiabilidad de los tratamientos, medicamentos, campañas de vacunación, protocolos, consultas, etc.
Impacto máximo	Los programas situados en este cuadrante presentan un estado favorable, ya que el ISP y el ICVP son altos. Las estrategias se encaminan hacia la mejora de los indicadores, y mantener y mejorar los resultados obtenidos.

Fuente: Elaboración propia

2.3.4 Etapa 11. Actualización del PAMI y adopción de medidas correctivas y preventivas

Objetivos: actualizar los elementos del PAMI, de acuerdo con la posición en la matriz de impacto general

Técnicas: tormenta de ideas, trabajo en grupo y técnicas para lograr consenso.

En esta etapa se proponen las principales estrategias para la actualización de los documentos y protocolos del PAMI, las mismas se basan en la estructura de los servicios que lo integran y su selección depende, de los resultados de la etapa 10. Las estrategias listadas en esta etapa responden a las acciones propias del PAMI y su adopción garantiza la actualización y monitoreo constante de los servicios y la documentación, las mismas se listan a continuación:

1. Actualizar sistemáticamente la caracterización universal y/o particular del Consultorio del médico (CMF) y la enfermera de la familia
2. Fortalecer la visión desde y/o hacia el equipo básico de salud (EBS) con una perspectiva biopsicosocial
3. Fomentar la integración e interacción docente-asistencial-administrativo-laboral-científico-técnico
4. Gestionar la jerarquización y desempeño gerencial desde y/o hacia el CMF y la enfermera de la familia
5. Incrementar el aprovechamiento de la intersectorialidad que confluye en el PAMI del Policlínico
6. Incrementar el aprovechamiento de la multidisciplinariedad que confluye en el PAMI del Policlínico
7. Incrementar el aprovechamiento de la interdisciplinariedad que confluye en el PAMI del Policlínico
8. Reforzar el vínculo Ciencia-Tecnología-Innovación desde y/o hacia el CMF y la enfermera de la Familia

En esta etapa se proponen soluciones correctivas y preventivas para las insuficiencias identificadas. Se recomienda elegir responsables para cada medida y situar las propuestas en un horizonte temporal consecuente con las condiciones de las que disponga el área de atención. Deben diferenciarse las acciones correctivas de las preventivas y definir las causas sobre las que va a incidir cada solución propuesta. Las técnicas a emplear son entrevistas, encuestas, observación directa, métodos de búsqueda de consenso, tormenta de ideas y Diagrama de Gantt.

Se deberá supervisar constantemente la ejecución de las estrategias propuestas; y reflejar las observaciones principales respecto a cada acción. La tabla 2.13 muestra la lista de supervisión a emplear. Las observaciones pueden ser positivas o negativas; y sirven de evidencia para el proceso de evaluación y control a la calidad, una vez concluida la etapa.

Tabla 2.13 Lista de supervisión para las acciones propuestas

Acciones	Responsable	Fecha de control	Resultados parciales	Fecha de cumplimiento	Resultados generales
1					
2					
3					
n					

Fuente: Elaboración propia

2.5 Valoración del procedimiento a través de la prueba no paramétrica Q de Cochran

Se considera el criterio de 23 expertos en el PAMI, los elementos (utilidad práctica (UP), importancia y vigencia (IV), validez (V), adaptabilidad (AD), valor metodológico (VM), integralidad (I) y actualización (A)), que conceden a esta herramienta la efectividad para la mejora integral de la calidad del PAMI. Para la selección de los expertos se realizó una búsqueda de los principales representantes del programa en las áreas de atención de la provincia Holguín, así como en las direcciones municipal y provincial de salud. Se selecciona la prueba no paramétrica Q de Cochran para la valoración del procedimiento propuesto ya que esta constituye una prueba estadística que se orienta al análisis de dos vías de diseños de bloques aleatorios cuando la variable de respuesta puede tomar sólo dos resultados posibles (codificado como 0 y 1), para verificar si k elementos tienen efectos idénticos o no. En este caso se

puede evaluar aquellos mejor percibidos a partir del comportamiento de las codificaciones obtenidas y obtener coeficientes de aceptación basados en análisis estadísticos procesados por herramientas informáticas como es el caso del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Se solicitó a los expertos, que dieran su criterio respecto a: si al valorar la presencia de las dimensiones utilidad práctica, importancia, vigencia, validez, adaptabilidad, valor metodológico, integralidad y actualización; en el procedimiento diseñado, este se considera apto para la mejora integral de la calidad del PAMI. Se empleó una escala binaria, donde 0 es No apto y 1 es Apto; para contrastar la hipótesis nula de que la muestra procede de una población en la que la probabilidad de obtener uno cualquiera de los dos resultados posibles es la misma para todas las dimensiones. Las tablas 2.14-2.15 muestran los resultados procesados con la ayuda de SPSS versión 21 para *Windows*.

Tabla 2.14 Frecuencias observadas

	Valor	
	1	2
Utilidad practica	23	0
Vigencia	21	2
Validez	21	2
Importancia	22	1
Adaptabilidad	22	1
Valor metodológico	22	1
Integralidad	23	0
Actualización	21	2

Fuente: SPSS versión 21 para *Windows*

Tabla 2.15 Estadísticos de contraste

N	33
Q de Cochran	10,032 ^a
gl	7
Sig. asintót.	,179
a. 1 se trata como un éxito.	

Fuente: SPSS versión 21 para *Windows*

La prueba consiste en comparar las frecuencias observadas en la muestra; el p-valor asociado al estadístico de contraste *Asym.Sig.* = 0.179 es mayor que 0.05, luego a este nivel de significación, se aceptará la hipótesis nula. Dado que las diferencias observadas entre las frecuencias no son estadísticamente significativas se puede aceptar que, dependiendo de las dimensiones incluidas en el análisis del procedimiento, la probabilidad de que resulte apto para la

mejora integral de la calidad del PAMI, es la misma. El hecho de que se acepte la hipótesis nula parece ser debido a que puede observarse que el número de casos en los que este procedimiento se considera apto es aproximadamente igual en cualquiera de las dimensiones analizadas; y significativamente superior al número de casos en que se considera no apto. Por tanto, se asume que este se encuentra en condiciones de ser implementado en las áreas de atención del municipio Holguín.

Se solicitó una valoración respecto a la medida en que la aplicación de este procedimiento contribuye a la mejora en la satisfacción de los pacientes, con el propósito de establecer un criterio sobre el cumplimiento de la idea a defender; las opiniones de estos clasifican como positivas, los mismos señalaron la importancia de la ejecución y monitoreo sistemático de las acciones de mejora; así como la evaluación del impacto en la calidad de vida del paciente. Los expertos efectuaron propuestas que fueron incluidas en el procedimiento, las mismas son:

- Cuantificar el impacto en los indicadores de calidad de vida del paciente
- Incluir la actualización de los elementos del PAMI
- Definir las estrategias de mejora, diferenciada por tipología
- Evaluar el impacto general del PAMI

2.6 Conclusiones parciales

1. Se diseñó el procedimiento, considerando el diagnóstico de los elementos inherentes al Programa de atención materno-infantil, según sus principales indicadores y profundizando en las posibles estrategias de mejora por corrección e innovación.
2. El instrumento metodológico incluye la cuantificación de la calidad por indicador y elementos, el análisis de su repercusión en los indicadores de satisfacción y calidad de vida del paciente; así como el impacto general del programa.
3. Se llevó a cabo la valoración del procedimiento a partir de la prueba no paramétrica Q de Cochran, utilizando encuestas a especialistas del PAMI, cuyos criterios avalaron su efectividad para contribuir a la mejora integral de la calidad.

CONCLUSIONES GENERALES

Como resultado de la presente investigación, se arriba a las siguientes conclusiones:

1. El análisis de los elementos teóricos, metodológicos y empíricos, inherentes a la mejora integral de la calidad del Programa de atención materno-infantil, permitió profundizar en los elementos que lo integran según sus variables determinantes e indicadores de evaluación, así como su impacto en la satisfacción y calidad de vida del paciente.
2. La estructura y contenido del procedimiento elaborado, conciben la mejora de la calidad desde un enfoque integral, que toma como punto de partida, el diagnóstico a los elementos fundamentales y los indicadores específicos, realizando un balance de las posibles acciones y estrategias de mejora correctivas y por innovación.
3. La herramienta metodológica diseñada, favorece la evaluación del impacto del Programa de atención materno-infantil, en la satisfacción del paciente y los principales indicadores de calidad de vida, establecidos en la Dirección de registros médicos y estadísticas de salud en Cuba, al cierre del año 2020; lo cual refuerza la utilidad de la propuesta.
4. A partir de la valoración del procedimiento, por métodos estadísticos, se certificó su vigencia, utilidad práctica, importancia, validez, valor metodológico y adaptabilidad; lo cual avala la propuesta para pasar a la etapa de implementación en los PAMI del municipio Holguín.



RECOMENDACIONES

Para contribuir a la mejora de la investigación y su continuidad, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Aplicar el procedimiento en los Programas de atención materno-infantil del municipio Holguín y realizar un estudio comparativo de los resultados.
2. Incorporar indicadores de evaluación del impacto en la calidad de vida del paciente, a partir de las enfermedades derivadas de la pandemia de la COVID-19.
3. Proponer a la Dirección Provincial de Salud en Holguín, la incorporación del procedimiento diseñado, como una instrucción específica del Sistema de gestión de la calidad, y vía de contribución a la mejora integral del PAMI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alemañy Pérez, E. J., Segredo Pérez, A. M., Presno Labrador, M. C., y de la Torre Castro, G. M. (2011). Aproximación de la universidad, a la situación de salud de la población ya los servicios de salud en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 528-542.
2. AA, V. (2018). El sistema de salud en Cuba: avances y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*; 42, apr. 2018.
3. Agramonte-Llanes, O. M., Pérez-Molina, C., y Tuttle-Rodríguez, R. (2020). Preconception risk, sickle cell disease and coordination between the three levels of health care. *Mediciego*, 26(2), 1-6.
4. Álvarez Lauzarique, M. E., Bayarre Veja, H., y Pérez Piñero, J. (2018). Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(2), 1-10.
5. Antonio, A., y Odio, G. (2021). Características propias de la atención prenatal de Cuba. In *cibamanz2021*.
6. Azcuy Aguilera, L., Valdés Hernández, V. A., Camellón Pérez, A., Roque Doval, Y., Borges Machín, A. Y., y Zurbano Cobas, L. (2021). Intervención educativa comunitaria para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Edumecentro*, 13(3), 81-101.
7. Bouza Plasencia, G., Villoch Bonet, R., Plasencia Domínguez, O., y Sosa Tejeda, I. (2021). Calidad de la atención al anciano en dos policlínicos del municipio de Santiago de Cuba. *Medisan*, 25(1), 51-65.
8. Bravo Hernández, N., Noa Garbey, M., Gómez LLoga, T., y Soto Martínez, J. (2018). Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Información Científica*, 97(3), 596-605.
9. Bustamante, M. A., Zerda, E., Obando, F., y Tello, M. (2020). Desde las expectativas a la percepción de calidad de servicios en salud en Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 31(1), 161-170.
10. Cabrera Solis, L., Urgellés Carreras, S. A., Santamaría Trujillo, C. L., Rodríguez Iglesias, G., y Gil Agramonte, E. (2021). Gerencia del Centro Materno-Infantil para el enfrentamiento a la COVID-19. *Infodir*, (35).
11. Cabrera, A. R., Abascal, I. E. C., Meléndrez, D. E. H., y Bernal, Z. D. (2020). Resultados de la estrategia de formación doctoral en el trabajo en

- Escuela Nacional de Salud Pública. Revista Cubana de Educación Médica Superior, 34(1), 1-12.
12. Capote Femenías, J., y Peña Rosell, A. (2018). Estado actual de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba. *MediSur*, 16(1), 10-19.
 13. Casas Sandoval, G. V. (2020). Plan de mejora en el soporte familiar del paciente con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo Independencia, Lima-2019.
 14. Castellano, S., Peña, O., y Suárez, D. (2019). Calidad de servicio en centros maternopediátricos del estado Zulia en Venezuela. *Revista Venezolana de Gerencia*, 24(86), 395-415.
 15. Cobo-Mejía, E. A., Estepa-Rodríguez, K. J., Herrera-Triana, C., y Linares-Reyes, P. (2018). Percepción de los usuarios frente a la calidad del servicio de salud en consulta externa en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 5(2), 277-294.
 16. Constantén, S. B., Morales, M. Á. M., Viera, M. R. F., Ramos, V. M., Alomá, I. A., Nistal, L. M. L., ... y Padrón, M. P. (2018). Calidad de las estadísticas de mortalidad materna en Cuba, 2013. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e47.
 17. Cruzata Matos, I. M., Dieguez Pupo, J. F., Rodríguez Escalona, Y., Colón González, A. L., Lazo Dieguez, J. A., y Rodríguez, K. L. (2022). Comportamiento de variables clínico epidemiológicas en la atención prenatal. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(2).
 18. Del Carmen Sara, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 288-295.
 19. Di Fabio, J. L., Gofin, R., y Gofin, J. (2020). Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2193.
 20. Díaz Piñera, A., Fernández González, L., Rodríguez Salvá, A., Humberto Seuc Jo, A., y Álvarez Mesa, N. (2020). Evaluación de la calidad del proceso de atención a los diabético tipo 2. *Revista Finlay*, 10(3), 240-249.

21. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. (2020). Situación de salud en Cuba ISSN: versión electrónica 1609-4832.
22. Domínguez-Alonso, E., y Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud pública de México*, 53, s168-s176.
23. Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 3(44): 691-729.
24. Elias Sierra, R., Bordelois Abdo, M. S., Díaz Trujillo, E., Estevan Soto, J. A., y González Hechevarría, J. A. (2018). Calidad de la atención a la materna grave en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo. *Revista Información Científica*, 97(3), 508-517.
25. Espín Falcón, J. C., y Acosta Gómez, Y. (2019). Diseño de curso metodológico para la confección del Análisis de la Situación de Salud. *Educación Médica Superior*, 33(3).
26. Espinosa, J. V. G., Reyna, R. R., y López, J. I. G. (2022). Base-Pami, una herramienta práctica. *Serie Científica de la Universidad de las Ciencias Informáticas*, 15(3), 1-12.
27. Esquenazi Borrego, A., Figueira dos Anjos Oliveira, E., Tavares Menandro, L. M., Odriozola Guitart, S., Pérez Soto, O., Teixeira Garcia, M. L., ... y Galeano Zaldívar, L. (2021). Mortalidad materna en Brasil y Cuba: estudio comparativo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(4).
28. Falcón Fariñas, I. N., Escalante Padrón, O., Nordelo Valdivia, A., y Campal Espinosa, A. C. (2018). Metodología de evaluación del impacto social de un programa de salud. *Humanidades Médicas*, 18(1), 64-82.
29. Favier Torres, M. A., Dorsant Rodríguez, L. C., Torres Ramos, I., Samón Leyva, M., y Franco Bonal, A. (2018). Implicaciones de la ciencia y la tecnología en algunos aspectos del Programa de Atención Materno Infantil. *Revista Información Científica*, 97(3), 671-679.
30. Febres-Ramos, R. J., y Mercado-Rey, M. R. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 397-403.
31. Fumero, R. T. Á., Sánchez, M. D. M., y Lara, D. G. (2020). Control de la atención a la pareja infértil en Cuba.

32. Galeano Zaldívar, L., y Esquenazi Borrego, A. (2019). El sistema de salud cubano: una mirada a su forma de financiamiento. *Economía y Desarrollo*, 162(2).
33. García Proenza, G. A., y Proenza Fernández, L. FIDEL: CREADOR DE LA MEDICINA FAMILIAR EN CUBA.
34. Garzón Ariza, G. Y., y Ariza Pardo, Y. (2018). Importancia de la calidad en los servicios de salud y Servqual como método para la medición de la calidad en los servicios de salud.
35. Gómez Agostopa, R. S., y Gutiérrez Villca, J. C. T. (2018). Mejora continua de la calidad de la atención en salud materna en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, Regional La Paz (Doctoral dissertation).
36. Gómez Cruz, M., Vinent González, R., y Santana Espinosa, M. C. (2021). Propuesta de acciones de extensión universitaria dirigidas a gestantes vulnerables en Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(1).
37. González Portales, A., Rodríguez Cabrera, A., Jiménez Ricardo, M., Marques Vilella, D., y Guzmán Cayado, M. (2018). Actuación de enfermería en la prevención y control del riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2).
38. González, A. L. (2020). Sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 30(1), 195-217.
39. González, B. M. B., Leal, L. J. L., Ramos, M. S., Manresa, L. R. A., Valdés, M. A., y Hernández, M. P. (2020). Promotores en salud materno-infantil para desarrollar el Programa de Puericultura Prenatal y Posnatal Participativa. *Edumecentro*, 12(2), 128-145.
40. González, C. B. M. B., y Fleites, C. E. J. Q. (2020). Puericultura Prenatal y Postnatal Participativa. Experiencia innovadora para la educación en salud durante la maternidad. Villa Clara.
41. González, R. R., Bretaña, R. M. G., y Peña, R. T. (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 315-324.

42. Guerra Macías, I. (2019). Importancia del método clínico en el diagnóstico del embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(4).
43. Guerrero, M. C. P., y López, D. L. (2020). Desarrollo de habilidades profesionales para la atención a la discapacidad infantil desde la atención primaria de salud Development of professional skills for attention to children's disabilities from primary health care.
44. Gutiérrez-Aguado, A., Pinares-Bonnett, M., Salazar-Panta, W., y Guerrero-Cruz, J. (2021). Impacto económico en la calidad de los servicios de salud en el marco de la pandemia COVID-19 en el Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 248-250.
45. Henao Nieto, D. E., Giraldo Villa, A., y Yepes Delgado, C. E. (2018). Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud.
46. Hernández, M., Hernández, A., y Bringas, N. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab*, 25(1), 26-33.
47. Holmes, A. G. (2020). Comportamiento de la Atención Prenatal en Gestantes del Policlínico Antonio Guiterras. *Habana Vieja. Año 2017*.
48. Lara, H. R., Abrahante, O. B., y Morales, I. P. (2020). Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 12(3).
49. Lastre, C., Bandera Feijoo, R., Betancourt Milanés, L., Reynosa Agüero, B., Acosta, M.A. (2011). Acciones metodológicas dirigidas al perfeccionamiento del Programa materno infantil en la atención primaria de salud. *Revista Información Científica*, vol. 72, núm. 4, octubre-diciembre, 2011 Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo Guantánamo, Cuba.
50. León-Ramentol, C. C., Menéndez-Cabezas, A., Rodríguez-Socarrás, I. P., López-Estrada, B., García-González, M. C., y Fernández-Torres, S. (2018). Importancia de un sistema de gestión de la calidad en la Universidad de Ciencias Médicas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(6), 843-857.
51. López Espinosa, G. J., Lemus Lago, E. R., Valcárcel Izquierdo, N., y Torres Manresa, O. M. (2019). La superación profesional en salud como modalidad de la educación de posgrado. *Edumecentro*, 11(1), 202-217.

52. López, A. A. (2020). Una mirada al Sistema de Cuidados de la Primera Infancia en Cuba. económica europea en la era del capitalismo neoliberal. Un análisis macro-económico y financiero (Claudia Sánchez Savín)./38 5. CARINDPAC: Índice de vulnerabilidad ambiental y económico-social para los 37 Pequeños Estados Insulares en Desarrollo miembros de Naciones Unidas y de la Alianza de los Pequeños, 65.
53. López Puig, P, Alonso Carbonell, L. García Millán, A.J., Santana Espinosa, M.C., Herrera Alcázar, V.R. (2013). Desafíos de integración para el Programa de Atención MaternoInfantil cubano, año 2012. Panorama Cuba y Salud 2013;8(3):3-9.
54. Lugo, M. S., Cabañin, L. E. C., y Izada, B. V. (2018). Cincuenta años del intensivismo pediátrico en Cuba. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, 17(4).
55. Mairely, C., y Cifuentes, C. (2021). Equidad en cuidados al final de la vida, barreras y desafíos en Cuba. In ethos2021.
56. Mar-Cornelio, O., Ramírez-Pérez, J. F., López-Cossio, F., Morejón, M. M., y Orellana-García, A. (2021). Impacto de la Maestría en Informática Médica Aplicada en la informatización de la salud pública cubana. Revista Información Científica, 100(2).
57. Martínez Delgado, D. A., y Martínez Trujillo, N. (2020). Programa de Lactancia Materna en Cuba: una mirada desde la equidad social.
58. Miranda, J. Á. P. (2019). Ministro de Salud expone los principales resultados del sector en el año 2019:“Continuar potenciando a la salud cubana como un referente para el mundo”. Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR.
59. Montalvo, S., Estrada, E., y Mamani, H. (2020). Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. Ciencia y Desarrollo, 23(2), 21-26.
60. Morales Suárez, I. (2018). Las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud cubano, su incidencia en las Universidades de Ciencias Médicas. Educación Médica Superior, 32(1), 1-2.
61. Morejón, M. M., Espinosa, M. C. S., y Mariño, X. G. (2020). Las tecnologías de la información y las comunicaciones en la atención materno

- infantil cubana. Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud), 16(33), 1-21.
62. Ojeda, R. M., Bermejo, P. M., Serrate, P. C. F., Mariño, C. A., Onega, N. C. V., Castillo, D. D., y Bravo, J. A. M. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e25.
 63. Olonilua, D., Araújo, M. D. L. C. M., y Crespo, L. H. (2019). La salud desde la perspectiva de la asignación de los recursos presupuestarios y los resultados sanitarios para Cuba y países de América. 2005-2015. *Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud)*, 15(28), 80-97.
 64. Ortiz, S. D. C., OFarril, F. D., Tellez, J. G., y Telles, B. M. (2020). Digitalización de un Servicio Provincial del Neurodesarrollo Infantil y Discapacidad.
 65. Pérez Pulido, M. O., Orlandoni Merli, G., Ramoni Perazzi, J., y Valbuena Vence, M. (2018). Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque seis sigma. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 325-343.
 66. Porbén, S. S. (2022). Situación de salud y nutrición en los niños y niñas menores de 5 años de edad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 31(2), 6.
 67. Pozo Amador, L. M., Marante Pozo, E., Casanova Moreno, M. D. L. C., y González González, G. (2018). Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos. *Revista cubana de Enfermería*, 34(2).
 68. Ramos, C. Y. H. T. Los derechos del niño en Cuba: retos y perspectivas. *La convención sobre los derechos del niño a debate 30 años después*, 112.
 69. Ríos, A. S., Fernández, A. S., Ramírez, I. L. N., Saborit, E. Á., y Lorente, Y. P. (2020). Indicadores del Programa Materno Infantil en Bartolomé Masó Márquez durante los años 2016-2017. *Multimed*, 24(4), 756-771.
 70. Ríos, L. G., de la Mora Martín, F., Fonseca, M. A., Rangel, A. M., y García, C. B. S. (2022). Resultados de trabajo del Programa Materno Infantil. *Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos*, 2021. *Medisur*, 20(4).
 71. Rodríguez Hernández, O., Barcos Pina, I., y Álvarez Sintés, R. (2021). Prevención cuaternaria, a propósito del artículo " Riesgo preconcepcional

- genético como herramienta de prevención en la Atención Materno Infantil”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(2).
72. Rodríguez, D. C., Izaguirre, M. S. L. V., Cristo, M. S. N. M., del Rosario Pérez, A., y Batista, D. M. L. (2020). Propuesta de sistema informático para el Programa de Atención Materno Infantil basado en el sistema XAVIA HIS. población, 2, 3.
 73. Rodríguez, M. V., Díaz, J. H., Palacios, S. R. S., y de los Reyes Losada, A. (2020). Interrupción del embarazo en adolescentes de la provincia de Santiago de Cuba. *MediSan*, 24(03), 368-380.
 74. Rosendi de la Cruz, I., Hernández Alejandrez, I., Vidal Borrás, E., y Páez Domínguez, M. (2018). Propuesta de programa educativo para el manejo de la atención estomatológica en mujeres embarazadas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 33-46.
 75. Sánchez, Y. M., y Suárez, I. D. R. M. (2019). Primer Simposio Internacional de Calidad en Salud, Cuba, 2019. Espacio de intercambio y superación profesional. *Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR*, (29), 147-150.
 76. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D. (2018). Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. *RevPanam Salud Publica*. 2018;42:e27. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>
 77. Selva Capdesuñer, A., Bestard Gámez, I., Corría López, N., Berenguer Guarnaluses, C. M., y Blanco Álvarez, A. (2018). Competencia profesional como indicador de calidad en el programa de bajo peso al nacer. *Medisan*, 22(6), 583-591.
 78. Serrano, M. O., Sánchez, O. H. T., García, Y. H., Velázquez, A. M. S., y Reyes, L. T. (2021). Evaluación del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico*, 25(4).
 79. Suárez, A. F., Martínez, E. M. C., Morás, P. L. P., y del Río Fabre, L. Evolución de la Pesquisa Neonatal en Cuba con el uso de la Tecnología SUMA.
 80. Suárez-López, L., Castro, F. D., Hubert, C., Vara-Salazar, E. D. L., Villalobos, A., Hernández-Serrato, M. I., y Ávila-Burgos, L. (2021). Atención

en salud materno-infantil y maternidad adolescente en localidades menores de 100 000 habitantes. *salud pública de México*, 61, 753-763.

81. Tavera Salazar, M. (2018). La atención primaria de salud y la salud materno infantil. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 383-392.
82. Tejeda Dilou, Y., y Macías González, Y. (2019). Riesgo preconcepcional genético como herramienta de prevención en la Atención Materno Infantil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4).
83. Torres, M. A. F., Rodríguez, L. C. D., Ramos, I. T., Leyva, M. S., y Bonal, A. F. (2018). del Programa de Atención Materno Infantil.
84. Ubilla, M. A. B., Barreno, E. R. Z., Freire, F. O., y Sánchez, M. T. (2019). Fundamentos de calidad de servicio, el modelo Servqual. *Revista empresarial*, 13(2), 1-15.
85. Ugarte-Ubilluz, Ó. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 296-303.
86. Vázquez Padilla, M. (2019). Mortalidad materna en Cuba. *Revista Novedades en Población*, 15(30), 123-129.

ANEXOS

Anexo 1. Principales resultados del PAMI desde 1983 hasta la década del 2020.

Período	Aporte
1959-1969	Programa de lucha contra la gastroenteritis Programa Nacional de Inmunización Programa de formación de los recursos humanos para la atención pediátrica, ginecológica y obstétrica Implementación de los protocolos nacionales para la atención pediátrica Creación de los salones de partos en los hospitales rurales
1970-1979	Programa para la reducción de la mortalidad infantil Creación del Grupo Nacional de Pediatría y del Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia Inicio de los estudios antropométricos masivos y periódicos en los niños Creación de la especialidad de neonatología Programa para la reducción de la mortalidad materna Programa para la detección precoz del cáncer cervicouterino Publicación del Manual clínico de ginecología y obstetricia y del Manual clínico de pediatría
1980-1989	Creación del Programa Nacional de Atención Materno Infantil Implementación del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia Creación de la red de terapia intensiva pediátrica Creación del Cardiocentro Pediátrico William Soler y de la red cardiopediátrica Programa para la reducción del peso bajo al nacer Programa de diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas Incorporación de tecnologías de diagnóstico prenatal
1990-1999	Tamizaje de enfermedades metabólicas en los neonatos Programa de prevención de accidentes en los menores de 20 años Programa de atención a las enfermedades crónicas de la infancia Implementación de las consultas de ginecología infantojuvenil
2000-2009	Programa de atención integral al adolescente Perfeccionamiento de la atención a los grupos vulnerables, las personas con discapacidades y las víctimas de desastres naturales Fortalecimiento de los servicios de puericultura Fortalecimiento tecnológico y d
2010-2020	Actualización del Programa de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna Creación de los bancos de leche humana Implementación del protocolo de ventilación mecánica domiciliaria Prevención y tratamiento ante la Pandemia por COVID-19

Fuente: Adaptado de Santana Espinosa, Esquivel Lauzurique, Herrera Alcázar, Castro Pacheco, Machado Lubián, Cintra Cala (2018)

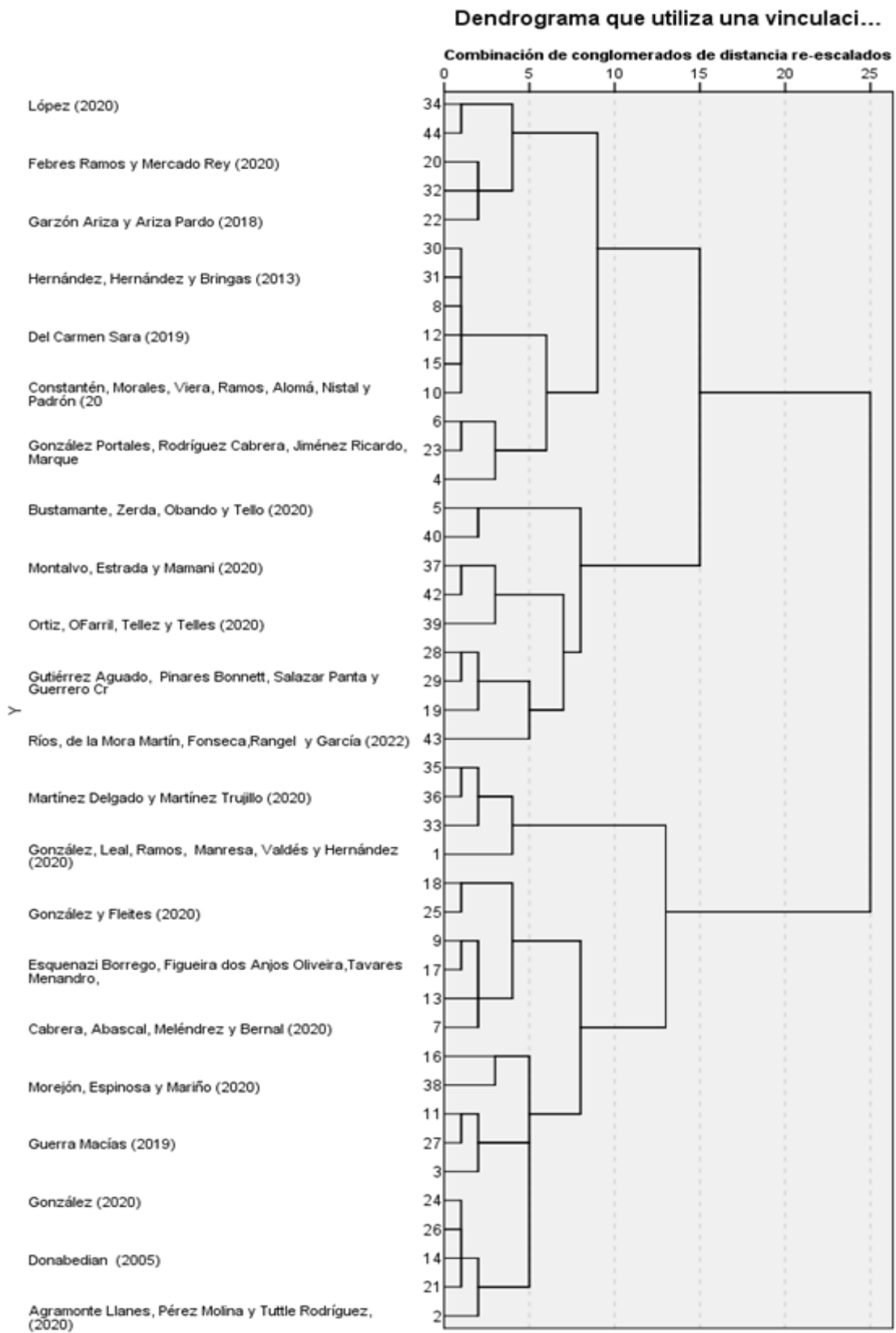


Anexo 2. Tabla para análisis de centralidad de las variables de calidad del PAMI

<u>ID</u>	<u>Closeness</u>	<u>HarmonicCloseness</u>	<u>Eigenvector</u>
Calidad de la atención prenatal	37	8,333	0,338
Calidad de la atención posnatal	37	8,333	0,338
Seguimiento	37	8,333	0,338
Captación	39	7,21	0,155
Vacunación	39	7,21	0,155
Asesoría materna	39	7,21	0,155
Interacción médico-paciente	39	7,21	0,155
Atención CMF	43	5,42	0,126
Calidad Neurodesarrollo	43	5,42	0,126
Multidisciplinariedad	43	5,42	0,126
Sistematicidad	43	5,42	0,126
Periodicidad	43	5,42	0,126
Prevención de la mortalidad	49	5,42	0,126
Apoyo psicológico materno	49	5,42	0,126

Fuente: UCINET 2006

Anexo 3. Dendrograma por autores para investigaciones sobre calidad del PAMI



Fuente: SPSS versión 21 para Windows