

Transformación integral del sistema de salud de la República Democrática de Timor Leste (2013-2016)

Comprehensive transformation of the health system of the Democratic Republic of Timor Leste (2013-2016)

Rolando Montero-Díaz¹, Sandra Santana-López², Orlando Carnota-Lauzán³,
Carmen Arocha-Mariño⁴, María Isabel Ávalos-García⁵

DOI:10.19136/hs.a21n1.4571

Artículo Original

• Fecha de recibido: 9 de junio de 2021 • Fecha de aceptado: 4 de agosto de 2021 • Publicado en línea: 20 de octubre de 2021

Autor de Correspondencia:

María Isabel Ávalos García. Dirección postal: Avenida Gregorio Méndez Magaña 2838-A
Col, Col. Tamulté de las Barrancas, 86100 Villahermosa, Tabasco, México.
Correo electrónico: maria.avalos@ujat.mx

Resumen

Objetivo: Implementar un proyecto de reformas al sistema de salud de la República Democrática de Timor Leste, en el periodo 2013-2016.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo investigación/acción desde una perspectiva gerencial. Se incluyó muestra no probabilística por conveniencia de usuarios, proveedores y funcionarios, se emplearon técnicas cualitativas como grupos focales y entrevistas abiertas, así como el uso de herramientas gerenciales.

Resultados: En una primera fase se realizó el análisis situacional a escala de país. Con estos elementos se definieron sucesivamente las prioridades estratégicas, los objetivos, indicadores y metas por cada perspectiva. Finalmente, el programa de cambios se organizó, se ejecutó el proceso de transformaciones y se fueron determinando los resultados. Se diseñaron y quedaron funcionando el Programa Nacional de Cáncer y el Programa Nacional de Atención Primaria; se introdujeron especialidades médicas y servicios asistenciales con los que no se contaba; se crearon nuevos enfoques para la gestión de los recursos humanos y, se elevó el nivel del trabajo científico, entre otros beneficios.

Conclusiones: Se produjeron mejoras sustanciales en el Sistema de Salud y además se dejó creada una capacidad potencial para que dichos efectos sigan creciendo en cantidad y calidad.

Palabras clave: Sistemas de salud, Reforma de la atención de salud, Evaluación en salud, Administración sanitaria.

Abstract

Objective: Implement a project to reform the health system of the Democratic Republic of Timor Leste in the period 2013-2016.

Materials and methods: A research / action type study was carried out from a managerial perspective. A non-probabilistic sample was included for the convenience of users, suppliers and officials, qualitative techniques such as focus groups and open interviews were used, as well as the use of management tools.

Results: In a first phase, the situational analysis was carried out at the country level. With these elements, the strategic priorities, objectives, indicators and goals were successively defined for each perspective. Finally, the change program was organized, the transformation process was carried out and the results were determined. The National Cancer Program and the National Primary Care Program were designed and kept functioning; Missing medical specialties and care services were introduced; New approaches to human resource management were created and the level of scientific work was raised, among other benefits.

Conclusions: There were substantial improvements in the health system and in addition, a potential capacity was created so that these effects continue to grow in quantity and quality.

Keywords: Health systems, Health care reform, Health evaluation, Health administration.

¹ Auxiliar. Jefe de Brigada Médica en la República Democrática de Timor Leste. Director del Hospital Dermatológico Guillermo Fernández Hernández Baquero, La Habana, Cuba.

² Médico Especialista de I grado en Medicina Interna y de II grado en Medicina del Trabajo, Máster en Salud de los Trabajadores y en Clínica Ocupacional, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba.

³ Doctor en Ciencias Económicas. Profesor e investigador emérito de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y de la Escuela Nacional de Salud Pública en la República de Cuba. La Habana, Cuba.

⁴ Doctora En Ciencias de la Salud. Departamento docente Dirección en Salud, profesora e investigadora Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública en la República de Cuba. La Habana, Cuba.

⁵ Doctora en Ciencias de la Salud por la Escuela Nacional de Salud Pública en la República de Cuba. Profesora Investigadora. División Académica de Ciencias de la Salud. Tabasco, México.

Introducción

El carácter social de la producción en salud permite apreciar que es una actividad que sobrepasa el alcance de las instituciones sanitarias específicas, pues cualquier sector, rama, organización o entidad tiene que ver con la salud, ya sea para beneficiarla o perjudicarla^{1,2}.

Durante el siglo XX, los sistemas nacionales de salud se beneficiaron de todo el desarrollo acelerado en los cambios de la ciencia, la técnica, el transporte, la educación, las comunicaciones, la información, la cultura y las luchas por reivindicaciones de clases sociales desposeídas, discriminadas o sometidas.

Este beneficio incluyó la introducción, a partir de mediados del siglo, de formas organizativas, tecnológicas o gerenciales que se originaron en otros sectores, pero también podían adecuarse para mejorar la eficiencia de estos sistemas. Este es el caso de gestión de la calidad¹, dirección estratégica², gestión por procesos³, enfoque participativo⁴, informatización de historias clínicas⁵ o gestión por competencias⁶ entre otras.

Al madurar la visión global de estas organizaciones, surgieron asuntos cuya solución involucraba a todas las instituciones sanitarias e incluso al país. Este es el caso, entre otros, del enfoque preventivo, el papel clave de la atención primaria⁷, la regionalización⁸, las especializaciones, la intersectorialidad⁹, el acceso y la continuidad en la atención^{10,11}.

La República Democrática de Timor Leste, es un país del sudeste asiático, ubicado en el archipiélago malayo, cuyo territorio comprende la mitad oriental de la isla de Timor, las cercanas islas de Atauro y Jaco y el enclave de Eocusse-Ambeno, rodeado por el territorio de la región Indonesia de Timor Occidental.

Posee una economía de ingresos medios. Cerca del 40% de sus habitantes vive por debajo del umbral de pobreza, es decir, subsiste con menos de 1.25 dólares por día. Alrededor de la mitad de la población es analfabeta¹².

Al momento del estudio no se disponía de un diagnóstico de la situación real del desempeño del sistema de salud, aunque los problemas y limitaciones eran evidentes. El criterio prevaleciente era que no se trataba simplemente de mejorar la asistencia médica, sino de pasar a una organización suficientemente sólida para que acompañara a la dirección del país en su crecimiento social y económico. Con base en la problemática organizacional observada, se realizó un estudio con el objetivo de implementar un proyecto de reformas al sistema de salud que permita transformar sustancialmente la situación del país.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio gerencial de tipo investigación/acción, con el empleo de métodos, técnicas y herramientas asociadas al enfoque cualitativo y a las habilidades y tecnologías del campo de la gerencia en salud, se llevó a cabo durante el periodo 2013 a 2016 en la República Democrática de Timor Leste.

En términos de secuencias, el punto de partida consistió en un estudio situacional integral que permitió revelar los problemas organizativos, epidemiológicos, gerenciales, de procesos y de infraestructura que representaban fallas para el funcionamiento óptimo del sistema de salud de Timor Leste. Este proceso se caracterizó por la utilización de una serie de técnicas y herramientas gerenciales como la aplicación del Cuadro de Mando Integral (CMI), lo que permitió definir prioridades estratégicas, perspectivas, objetivos, indicadores y metas. Con estos elementos, se diseñó un programa de desarrollo de reformas para la transformación integral del sistema de salud de Timor Leste, con base en la solución progresiva de las fallas de mayor impacto y extensión. Se contó con la amplia participación de pacientes, colaboradores y funcionarios del sector salud, con acceso a otras fuentes especiales como fueron la alta dirección política y administrativa del país, la consulta a documentos y materiales de carácter restringido. A partir de esta base se organizó el trabajo de implementación bajo la dirección de un grupo rector con productos definidos y aplicados. Se verificaron los resultados alcanzados hasta el cierre de la investigación, lo que permitió identificar los avances logrados y las posibilidades continuar en esa misma trayectoria.

El proyecto de transformación integral del sistema de salud pública se desarrolló en tres momentos, tal como se puede apreciar en la figura 1.

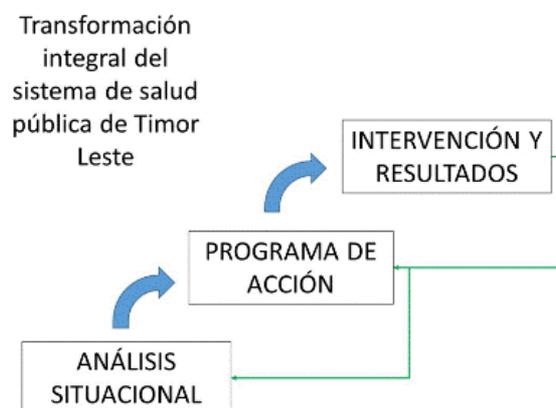


Fig. 1. Grandes momentos del proceso

Fuente: Elaboración propia.

Cada momento contribuyó a la preparación del siguiente, sin ser un proceso estrictamente lineal, pues en determinadas circunstancias resultó necesario regresar a los anteriores para ampliar información, confrontar datos o rectificar consideraciones. A continuación, se presenta el desarrollo de cada uno.

Análisis situacional

El análisis situacional constituyó la base sobre la cual fue posible desarrollar los momentos posteriores, con suficiente objetividad y factibilidad^{13,14}. Se llevó a cabo según el esquema que se muestra en la figura 2.



Fig 2. Construcción del análisis situacional

MÉTODOS ASOCIADOS: Grupos de discusión, entrevistas abiertas, diagrama de afinidad, observación, revisión documental y bibliográfica, trabajo en equipo orientado a consenso,

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Categorías emergidas de los discursos

GRUPOS TEMÁTICOS EMERGIDOS			
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	ATENCIÓN SECUNDARIA DE SALUD	COMPETENCIAS PROFESIONALES	ESTILO DE DIRECCIÓN
FORMACIÓN DE PRE Y POSGRADO	GESTIÓN DE RHH	GESTIÓN ECONÓMICA	INTERRELACIONES
SISTEMA Y PROGRAMAS DE SALUD	TRABAJO CIENTÍFICO	TRABAJO COMUNITARIO	

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos.

Cada grupo constituyó una unidad de análisis. Se revisaron todos los discursos para identificar, en cada uno, el componente que indicara una falla a tomar en cuenta de manera de trabajar en lo sucesivo, solo con esos componentes. Las unidades de análisis se organizaron en dos tablas: una por el criterio grupo temático/fallas y el otro por fallas/grupo temático.

Fuentes de carácter restringido

Un grupo clave de informaciones no estaba disponible, por pertenecer a consideraciones y criterios asociados a estrategias y políticas públicas o por estar contenidos en documentos de carácter confidencial. Se obtuvo la autorización correspondiente para acceder a dichas fuentes de información y se documentaron los resultados.

Expectativas de implicados

Se trabajó con una muestra no probabilística de pacientes, proveedores, funcionarios y directivos a conveniencia del investigador. Se incluyó a 148 usuarios que utilizaron los servicios de salud, durante un periodo consecutivo de tres años organizados en 18 grupos focales, con un promedio de ocho pacientes en cada grupo. Se empleó una guía de entrevista con preguntas detonadoras acerca del funcionamiento de los servicios y en particular lo que debiera mejorarse, hasta el punto de saturación de los discursos. Se celebraron entrevistas abiertas en 22 prestadores y 14 funcionarios que aceptaron participar en el estudio. Los discursos fueron grabados e impresos. Esto representó el primer producto intermedio de la investigación.

Creación de unidades de análisis

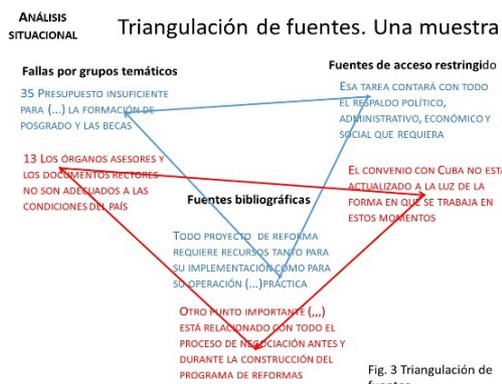
Todos los discursos se unieron en una lista única. Se aplicaron técnicas de diagrama de afinidad, lo que permitió que emergieran once categorías que se rotularon como grupos temáticos (Tabla 1).

Fuentes bibliográficas

Dado la magnitud de la tarea prevista y la necesidad de aplicar métodos, técnicas y herramientas que ya estuvieran probadas para trabajos de este tipo; y además conocer otras experiencias y resultados, se hizo un estudio de revisión sobre el tema *reformas de sistemas nacionales de salud y métodos, técnicas y herramientas* asociados a ese trabajo¹⁵⁻²¹.

Triangulación

Como es habitual en investigaciones de este tipo, las diferentes fuentes consultadas se triangularon de manera de identificar coincidencias, contradicciones, nuevos aportes, insuficiencias o criterios que debieran tomarse en cuenta²². En la figura 3 se puede apreciar una muestra de cómo se realizó.



Fuente: Elaboración propia.

Como primer producto final de la investigación, se preparó un informe con el análisis situacional, el cual concluyó: *Existen condiciones políticas, técnicas y económicas suficientes para plantearse el proyecto de reforma siempre que se empleen con rigor los métodos, técnicas y herramientas apropiados.*

Programa de acción

Para la preparación del programa de acción se celebraron reuniones con la alta dirección del país y la jefatura de la brigada, durante las cuales se revisó a fondo el informe con el análisis situacional, se concibió el modo cómo hacerlo y se decidió acerca del aseguramiento para que pudieran ejecutarse. El trabajo se desarrolló siguiendo el esquema que muestra la figura 4.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar, la secuencia mostrada en la figura es típica del empleo del Cuadro de Mando Integral (CMI)^{23,24} en proyectos de este tipo. Por una parte, las prioridades estratégicas actúan como un elemento rector, pues el resto de lo que se haga debe converger en esa dirección.

Su preparación estuvo precedida de una revisión a fondo del informe con el análisis situacional. Posteriormente se

estructuró toda la información disponible, primero mediante un diagrama DAFO y después con otro de Causa-efecto. Por cada uno se preparó un informe analítico, que sirvió de base para conversaciones y negociaciones con implicados internos y externos. Después de varias aproximaciones se contó con un proyecto factible, para ser discutido con la alta dirección política y administrativa del país. Finalmente se llegó a consenso de cuáles serían las prioridades estratégicas para el quinquenio:

- 1) Priorizar aquellos padecimientos crónicos o agudos que representan los más altos índices de morbilidad y mortalidad, sobre la base de enfoques integrales e intersectoriales que aseguren un efecto positivo en el corto y mediano plazo.
- 2) Reorganizar el sistema de atención primaria a la salud para adecuarlos a la estructura demográfica, social y cultural de la población, los avances en los medios tecnológicos de diagnóstico y un enfoque orientado al paciente donde prime el papel de médicos especialistas y enfermeras timorenses.
- 3) Implementar una política de gestión de los recursos humanos, basada en criterios de competencias profesionales donde prevalezca el criterio de formación y desarrollo continuo y el estímulo al talento y al aprovechamiento al máximo de las capacidades de las personas que operan el sistema.

Para definir las perspectivas se priorizó emplear un esquema adecuado para el trabajo en una organización no orientada a utilidades con la particularidad de pertenecer al sector salud. Estas fueron: *aprendizaje, innovación y desarrollo; procesos internos y externos; implicados directos e indirectos; resultados*^{25,26}.

Se incorporaron preguntas específicas que sirvieran de orientación para vincular los objetivos de las perspectivas, con las prioridades estratégicas:

Perspectivas empleadas para aplicar el cuadro de mando integral (CMI)

- Aprendizaje, innovación y desarrollo:
¿Qué se debe mejorar en el manejo del potencial humano para alcanzar un crecimiento sostenido y progresivo?
- Procesos internos y externos:
¿En qué procesos se debe ser excelente para satisfacer las expectativas de los pacientes y contribuyentes?
- Implicados directos e indirectos:
Para alcanzar los propósitos ¿cómo se debe interactuar con pacientes, familiares, proveedores y ciudadanos en general?

Resultados

¿Qué productos o resultados se deben generar para que la sociedad la considere una organización pública exitosa?

Objetivos, indicadores, metas e iniciativas.

El proceso de definir los objetivos por cada perspectiva, se realizó mediante consultas y negociaciones con implicados internos y externos, se valoraron condiciones de factibilidad, recursos disponibles y se fueron aprobando de conjunto con la alta dirección del país.

El conjunto formado por las prioridades estratégicas; las perspectivas desde las cuales se actúa a favor de las prioridades en su conjunto; los objetivos, indicadores, metas e iniciativas constituyó el Plan de reformas del sistema, a partir del cual se preparó el plan operativo y se inició su ejecución.

En cada momento se tomaron en consideración principios éticos, la voluntariedad de los participantes, la privacidad de la información brindada, la confidencialidad de los datos del estudio y la obtención de los permisos requeridos para este tipo de investigación por parte de las autoridades correspondientes en Timor Leste.

Intervención y resultados

Esta parte de la investigación se corresponde con la puesta en marcha del programa de acción y su efecto sobre el sistema nacional de salud. Para su realización se siguió el esquema que aparece en la figura 5

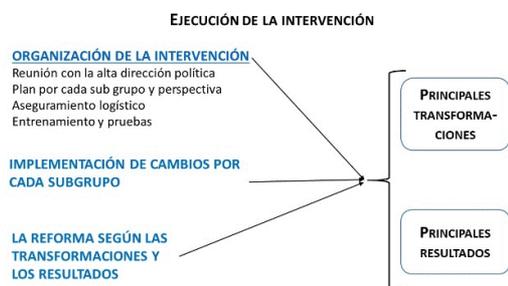


Fig. 5 Ejecución de la intervención

MÉTODOS ASOCIADOS: trabajo en equipo, habilidades gerenciales, sistemas de control, observación, CMI.

Fuente: Elaboración propia.

Organización de la intervención

El proceso de implantación estuvo precedido de una reunión entre la alta dirección política y administrativa del país y la jefatura de la Brigada, durante la cual se acordó todo lo relativo a los aspectos conceptuales, organizativos, grupos y subgrupos de trabajo, entrenamientos y mecanismos de

control. Los subgrupos se estructuraron por cada perspectiva. Se hicieron entrenamientos generales y especializados para habilitar a todos los participantes, con el conocimiento necesario para la labor que debían hacer. Cada subgrupo trabajaría en hacer cumplir los objetivos de su perspectiva, salvo el correspondiente a resultados que actuaría como controlador de la tarea, rector de todo el trabajo y presentador de los productos finales^{27,28}. Se harían reuniones semanales, mensuales, trimestrales y anuales con fines de coordinación y rendición de cuentas.

Implementación de cambios.

En la práctica real se hicieron ajustes de fechas en determinados casos, se combinaron subgrupos en objetivos que tenían precedencia y consecuencia, se obtuvieron respuestas cuando se necesitaban decisiones en otros niveles. En general, se alcanzó un cumplimiento superior al 95%, el cual estuvo debidamente documentado y materializado en las transformaciones que se llevaron a cabo.

La reforma según las transformaciones y los resultados

Los autores consideraron, tal como se aprecia en la literatura consultada, que habría que distinguir entre las transformaciones que representan lo realizado durante la reforma y los resultados que constituyen lo que mejoró o empeoró con respecto a la situación original. En el orden de las transformaciones, se analizaron desde los ángulos siguientes: estratégicas, estructurales, educacionales y de liderazgo. Todas quedaron documentadas. Representan el quinto producto intermedio de la investigación.

Discusión

Los resultados de esta investigación constituyen cambios de gran impacto sobre la salud y el bienestar de la población.

Dentro de las mejoras *más* notables alcanzadas se encuentra el programa de cuidados primarios de salud, visita domiciliaria y dispensarización de la población “salud en la familia”; Programa Nacional para el Control del Cáncer (bucal, pulmón, mama, cervicouterino); Introducción y en funcionamiento de 21 especialidades nuevas; incorporación de nuevos servicios asistenciales: gastroenterología, nefrología, angiología, neonatología, neurología, alergia, neumología, anatomía patológica y medicina legal; introducción de técnicas avanzadas cirugía maxilofacial, ortopedia, angiología y oftalmología; sistematización de eventos científicos y técnicos; incorporación al sistema estadístico nacional de indicadores relativos a enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer cervical); reorganización de la gestión de los RRHH en función del servicio y avances en los indicadores de salud^{29,30}.

Dar prioridad a los cambios en la organización de los servicios de salud dentro de una reforma, permite alcanzar mejoras en el acceso, sin embargo, la obtención de mayores beneficios puede verse limitada por la marginación social y económica de los beneficiarios y la variabilidad de las políticas de un país³¹. En México se realizó una investigación evaluativa al sistema de salud en el que se observó, entre otras cosas, que las estrategias de reforma no cuentan con mecanismos adecuados para una participación de todos los actores del sistema de salud³². Este aspecto es de gran relevancia y las lecciones aprendidas en este rubro son sin duda de gran aporte. Los usuarios, proveedores y funcionarios en nuestro estudio, desempeñaron un papel fundamental en el proyecto de reforma al sistema de salud efectuado.

Conclusiones

Las transformaciones realizadas constituyen una respuesta a los propósitos de la alta dirección política y administrativa como componente fundamental para el desarrollo de ese país.

La introducción de las técnicas y métodos asociados al Cuadro de Mando Integral, facilitó aportar a los objetivos estratégicos respuestas que, además de balanceadas, convergieran en su conjunto hacia su materialización, lo cual evidencia superioridad tecnológica sobre los procedimientos convencionales.

Aunque al cierre de la investigación pueden apreciarse numerosos efectos positivos sobre la salud y el bienestar de la población; las mejoras alcanzadas permiten asegurar que se dispone de una potencialidad para crecer en cantidad y calidad.

Lecciones aprendidas

En reformas de sistemas de salud, no es posible obtener cambios sustanciales inmediatos, pero pueden dejarse las condiciones creadas para el progreso posterior. Para colaboradores externos, la realización de un análisis situacional previo constituye un punto de partida imprescindible.

Quedaron reservas no explotadas suficientemente del Cuadro de Mando Integral, en particular, el diseño del seguimiento.

Las perspectivas de pacientes son elementales en lugares con una situación precaria de salud. Los ejecutores deben planear un horizonte más amplio.

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño: R.M.D., O.C.L., C.A.M.; Metodología S.S.L., C.A.M., O.C.L., M.I.A.G; Adquisición de datos y Software R.M.D; Análisis e interpretación de datos S.S.L., R.M.D., C.A.M; Investigador Principal R.M.D; Redacción del manuscrito— Preparación del borrador original O.C.L., C.A.M., M.I.A.G; Redacción revisión y edición del manuscrito O.C.L., M.I.A.G; Visualización C.A.M, O.C.L., M.I.A.G; Supervisión O.C.L, C.A.M., M.I.A.G.

Referencia

1. Avalos MI. Experiencia en la evaluación de la calidad de la atención primaria en un estado mexicano, empleando una selección de enfermedades que pueden considerarse trazadoras. HS [Internet]. 21 Agos 2014 [citado 11 may 2021]; 9(2):25-31. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/153>.
2. Montgomery Dan, Wilsey David, Perry Gail, Rohm H, Barr Stacey Johnson Tim. Strategic Planning in the Healthcare Industry. Balance Scorecard Institute. The Institute Way Blog. [Internet Blog]. 8 Dic 2017 [citado 16 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.balancedscorecard.org/BSC-Basics/Blog/ArtMID/2701/ArticleID/1119/Strategic-Planning-in-the-Healthcare-Industry>
3. Fernández Aranda MI. Aplicación del método Lean Healthcare en un servicio de Ginecología y Obstetricia. Metas Enferm feb 2016; 19(1): 21-26.
4. Burr C, Piñó A, Quiroz LA, Martín-Lunas E. Guía para el paciente participativo. Atrévete a saber. Atrévete a exigir. [Internet]. Abril 2011 [citado 11 May 2021]. Disponible en: <https://cc Ciudadano.org.mx/cc Ciudadano2/wp-content/uploads/2017/02/Guia-paciente-participativo-final.pdf>
5. Campanella P, Lovato E, Marone C, Fallacara L, Mancuso A, Ricciardi W, Specchia M.L. The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health [Internet]. Feb 2016 [citado 11 May 2021]; 26(1):60-4 Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>
6. Junta de Andalucía. Programa de Certificación de Competencias Profesionales Específicas para la Práctica Avanzada. Guía del usuario. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. [Internet]. 2015 [citado 11 May 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/guia-del-usuario-para-la-certificacion-de-competencias-especificas-de-practicas-avanzadas.pdf>

7. Schroeder A. What is Primary Care? Blog of University of Utah Health. [Internet]. 25 ene 2017 [citado 11 May 2021]. Disponible en: <https://healthcare.utah.edu/healthfeed/postings/2017/01/what-is-primary-care.php>
8. Bywood P, Erny-Albrecht K. Regionalisation of health services: Benefits and impact. PHCRIS Policy Issue Review. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service. Technical Report · [Internet]. 25 ene 2017 [citado 11 May 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/31739923_Regionalisation_of_health_services_Benefits_and_impact_PHCRIS_Policy_Issue_Review_Adelaide_Primary_Health_Care_Research_Information_Service
9. Castell-Florit SP. La intersectorialidad en salud, fundamentos y aplicaciones. [Internet]. Ene 2010 [citado 11 de May 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260512881_La_Intersectorialidad_en_Salud_Fundamentos_y_Aplicaciones_Editorial_Ciencias_Medicas_La_Habana_2010_ISBN_978-959-212-603-9Pags_99-108
10. INNER. El acceso y la continuidad de la atención (ACC). Guía Secretaría de salud. México. [Internet]. 31 ene 2010 [citado 11 May 2021]. Disponible en: <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/calidad/sistemagestion/atencionpaciente/ACC/PoliticACC.pdf>
11. Román A. Contextos sociales y económicos de las reformas de salud Medwave [Internet]. May 2012 [citado 11 May 2021]; 12(4). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5345#>
12. Centros de estudios internacionales Gilberto Bosques. Timor Leste, ficha Técnica. 22 abr 2020 [citado 11 May 2021]; Disponible en: https://centrogilbertobosques.senado.gob.mx/docs/F_Timor_Leste.pdf
13. Manyazewal, Tseqahun; Oosthuizen, Martha J and Mokgadi C Matlakala. Proposing evidence-based strategies to strengthen implementation of healthcare reform in resource-limited settings: a summative analysis. *BMJ Open*. 2016; 6(9): e012582.- Published online 2016 Sep 20. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012582. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051438/>
14. OPS Transformaciones de los sistemas de salud hacia la salud universal. Salud en Las Américas. [Internet]. 2017 [citado 6 Abr 2021]; [aprox. 19 p.] Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/pv-system-es.html>
15. Bailo L, Guidi P, Vergani L, Marton G, Pravettoni G. The patient perspective: investigating patient empowerment enablers and barriers within the oncological care process. *Ecancermedicalscience*. 2019 Mar 28; 13:912. doi: 10.3332/ecancer.2019.912. PMID: 31123495; PMCID: PMC6467453
16. Vélez, Marcela. R La investigación en sistemas de salud: Una necesidad mundial. *Revista Médica de Risaralda* [Internet]. 2014 dic [citado 11 May 2021]; 17(2) Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7597>
17. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Plan estratégico del Sistema Vasco de Salud. *Ekonomiaz* [Internet]. 1993 [citado 13 May 2021]; 25 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1319683.pdf>
18. Rifat A, Monteiro ALO, Almeida G, et al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Review*. 2015; 17(Suppl: 1):21-39
19. Martínez Trujillo N. La referenciación competitiva en la evaluación de la calidad de enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 13 May 2021]; 32(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/620>
20. Espinosa M. Los orígenes caribeños del Sistema Nacional de Salud Pública en los EEUU: una aproximación global a la historia de la medicina y de la salud pública en Latinoamérica [The Caribbean origins of the National Public Health System in the USA: a global approach to the history of medicine and public health in Latin America]. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2015 Jan-Mar; 22(1):241-53. Spanish. doi: 10.1590/S0104-59702015000100014. PMID: 25742109
21. Gascón P. ISYS. Estrategias para conseguir servicios de salud integrados y centrados en la persona. *Int J Integr Care* [Internet]. 2017 [citado 11 May 2021]; 17(2) Disponible en: <https://www.fundacionisys.org/es/blogs/profesional/profesional/295-5-estrategias-para-conseguir-servicios-de-salud-integrados-y-centrados-en-la-persona>
22. Castro R, Torres A, Díaz, M, et al. Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica. Ministerio de Salud Pública. [Internet]. Jul 2017 [citado 11 May 2021] Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Gu%C3%ADa%20Metodolog%C3%ADa%20An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20Costa%20Rica%202019.pdf>

23. Carnota LO. Calidad con sustentabilidad. Gerencia de las organizaciones sanitarias del sector público. La Habana: Ciencias Médicas; 2019
24. Kaplan Robert S. Using the Balanced Scorecard for Successful Health Care M&A Integration. NEJM Group. [Internet] 21 may 2020 [citado 11 de May 2021]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0286>
25. González SMB; López-Valeiras SE, Gómez CJ. El cuadro de mando integral en el sector sanitario español. Una revisión crítica de la literatura. RIGG. 2011; IX (17)
26. Pomares PYM, García VM. El cuadro de mando integral en la gestión estratégica de la salud pública. III Congreso de Medicina Familiar. 13-17 jul 2019. [citado 11 May 2021]. Disponible en: <http://medicinafamiliar2019.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/263>
27. Shwu-Ing W, Jr-Ming H. A performance evaluation model of CRM on nonprofit organisations. Total Quality Management [Internet]. 2008 Abr [citado 20 Jul 2016]; 19(3): 321-342 Disponible: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/147833607Q1591978>
28. Leyton-Pavez CE, Huerta-Riveros PC, Paul-Espinoza IR. Cuadro de mando en salud. Revista Salud Publica Mex [Internet] 2015[citado 13 May 2021]; 57:234-24. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n3/v57n3al2.pdf>
29. National Statistics Directorate - NSD/Timor-Leste, Ministry of Finance/Timor-Leste, and ICF Macro. 2010. Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10. Dili, Timor-Leste: NSD/Timor-Leste and ICF Macro. [citado 9 May 2012]. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR235/FR235.pdf>
30. General Directorate of Statistics, Ministry of Finance/ Timor Leste, and ICF. 2018. Timor-Leste Demographic and Health Survey 2016. Dili, Timor-Leste: GDS and ICF. [citado 6 Abr de 2020]. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR329/FR329.pdf>
31. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Pública. 2018;42: e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
32. Arredondo A, Orozco E, Avilés R. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries¹ 1 This Project was funded by International Development Research Centre-CANADA and National Council for Science and Technology-Mexico. . Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, suppl 1 [Accessed 2 August 2021] , pp. 162-175. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01014>