



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**



**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA  
HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL  
DESEMPEÑO DE LAS REDES INTEGRADAS  
DE SERVICIOS DE SALUD.  
MONTEVIDEO 2013-2015.**

**Autor:**

Lic. Esp. Milton Sbárbaro Romero

**Tutor:**

Prof. Mg. Josefina Verde

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2015**

## ABREVIATURAS Y SIGLAS

ALAD	Asociación Latino Americana de Diabetes
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FNR	Fondo Nacional de Recursos
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
JUNASA	Junta Nacional de Salud
HERSS	Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRIES - Cono Sur	Programa Regional de Investigaciones Económicas y Sociales del Cono Sur.
RAP	Red de Atención del Primer Nivel
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### 1.- Índice

Contenido	Pág. 3
Tablas y cuadros	Pág. 6

### 2.- CAPÍTULO I

1.1. Resumen	Pág. 9
1.2. Introducción	Pág. 12
1.3. Objetivos	Pág. 13

### 3.- CAPÍTULO II

Marco Teórico – Conceptual	
2.1. Antecedentes y justificación	Pág. 14
2.1.a. Redes Integradas de Servicios de Salud.	
Experiencias regionales compartidas	Pág. 14
2.1.b. El Sistema Nacional Integrado de Salud	Pág. 22
2.1.c. Características del Sistema Nacional Integrado de Salud	Pág. 26
2.1.d. Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE)	Pág. 30
2.1.e. RAP Canelones – Este	Pág. 33
2.1.f. Trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud	
Solución teórica al problema de la fragmentación y segmentación de los sistemas sanitarios	Pág. 34
2.1.g. Redes Integradas de Servicios de Salud. Estrategia del SNIS.	
Una experiencia incipiente, necesaria de ser evaluada	Pág. 38
2.1.h. Garantía de Calidad en Salud	Pág. 39

Método Deming	Pág. 40
Los grupos participativos	Pág. 41
La teoría Z	Pág. 42
Calidad de los Servicios de Salud	Pág. 43
Calidad en la salud	
Enfoque orientado al proceso de control	Pág. 45
Desempeño de los sistemas sanitarios	Pág. 46
2.1.i. Diabetes Mellitus Tipo 2	
Pieza clave para evaluar el desempeño de la red	Pág. 49
4.- CAPÍTULO III	
Metodología	
3.1. Contexto y Clasificación de la Investigación	Pág. 53
3.2.    Técnicas y Procedimientos	Pág. 53
3.2.a. Proceso de Cuidados al usuario portador de DMT2	Pág. 53
3.2.b. Conceptualización de las Variables	Pág. 54
3.2.c. Validez y Confiabilidad de la Herramienta (HERSS)	Pág. 62
3.2.c.1. Validación de Contenido	Pág. 62
3.2.c.2. Validez de Criterio	Pág. 64
3.2.c.3. Validez de Apariencia	Pág. 65
3.2.c.4. Confiabilidad	Pág. 67
3.3. Aspectos Éticos	Pág. 70
5.- CAPÍTULO IV	
Resultados	Pág. 72
6.- CAPÍTULO V	
Conclusiones	Pág. 92

## 7.- CAPÍTULO VI

Bibliografía y Referencias Bibliográficas Pág. 94

## 8.- CAPÍTULO VII

Anexos Pág. 99

7.1. Anexo I Mapa Regiones de ASSE Pág.  
99

7.2. Anexo II Documento entregado a Expertos  
Objetivos y características de la investigación Pág. 101

7.3. Anexo III Solicitud de participación a Expertos Pág.  
106

7.4. Anexo IV Cuestionario entregado a Expertos  
para su validación Pág. 108

7.5. Anexo V Matriz entregada a Expertos  
para calificar el cuestionario (criterios Moriyama) Pág. 133

7.6. Anexo VI Hoja de validación de criterio. Directivos Pág.  
152

7.7. Anexo VII Hoja de consentimiento informado Pág.  
154

7.8. Anexo VIII Hoja de información a participantes Pág. 156

7.9. Anexo IX Aval del Centro de Pos Grado  
Facultad de Enfermería – Universidad de la República Pág. 159

7.10. Anexo X Autorización de la Administración de  
Servicios de Salud del Estado Pág. 161

7.11. Anexo XI Nota del Comité de Ética de la Investigación  
Facultad de Enfermería – Universidad de la República Pág. 166

7.12. Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios

de Salud (HERSS)

Pág. 168

## **TABLAS Y CUADROS**

Tabla I. Antecedentes sobre redes integradas de atención de salud	
EEUU	Pág. 15
Tabla II. Antecedentes sobre redes integradas de atención de salud	
Canadá	Pág. 17
Tabla III. Antecedentes sobre redes integradas de atención de salud	
Europa Occidental	Pág. 18
Tabla IV. RAP Canelones Este. Nodos y Zonas de Salud	Pág. 33
Tabla V. Evidencias del impacto de la estrategia de redes de salud	Pág. 37
Tabla N°1. RAP Canelones Este. Policlínicas y RRHH	
por Zonas de Salud	Pág. 74
Tabla N°2. Análisis validación Expertos “Directivos” (Moriyama)	Pág. 77
Tabla N°3. Análisis validación Expertos “Equipos de Salud” (Moriyama)	Pág. 77
Tabla N°4. Análisis validación Expertos “Usuarios” (Moriyama)	Pág. 78
Tabla N°5. Propuesta HERSS Validada por los Expertos	
por componentes e ítems	Pág. 79
Tabla N°6. Distribución y tipo de preguntas de la HERSS	Pág. 80
Tabla N°7. Validación de Criterio sección Equipo de Salud	Pág. 81
Tabla N°8. Directivos. Alfa de Cronbach por componente	Pág. 83
Tabla N°9. Equipo de Salud. Alfa de Cronbach por Componente	Pág. 85
Tabla N°10. Usuarios. Alfa de Cronbach por Componente	Pág. 887
Tabla N°11. Directivos. Correlación intra sujeto por Componente	
(estadístico V de Cramer)	Pág. 88
Tabla N°12. Equipo de Salud. Correlación intra sujeto por Componente	
(estadístico V de Cramer)	Pág. 89

Tabla N°13. Usuarios. Correlación intra sujeto por Componente

(estadístico V de Cramer)

Pág. 90



## CAPÍTULO I

### 1.1. RESUMEN

La presente investigación que se enmarca en la línea de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, propone una tecnología para evaluar el desempeño de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), propuesta por la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), para el trabajo en sus efectores.

Para alcanzar ese objetivo se trabajó con los atributos de las RISS, definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los que se cruzaron con las normas de la Asociación Latino Americana de Diabetes (ALAD) y la Guía de Prácticas Clínicas Para el Primer Nivel de Atención de ASSE, con los cuales se diseñó la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS), con un enfoque de garantía de calidad.

La nueva tecnología quedó diseñada en tres componentes, uno que evalúa el desempeño desde la perspectiva de los Directivos, otro desde la perspectiva del trabajador y un tercer componente que la evalúa desde la perspectiva de los usuarios.

Para medir la confiabilidad de la herramienta se realizó una prueba de campo, que arrojó valores de “Bueno” y “Muy Bueno”, con valores de Alfa de Cronbach de 0.92; 0.85; y 0.85 respectivamente. Además se analizó la asociación entre las variables utilizando el estadístico V de Cramer, mostrando una correlación significativa entre las mismas.

El contenido fue validado por expertos en el área de conocimiento RISS y en el trabajo con usuarios portadores de DMT2; se realizó además validez de apariencia y de criterio.

Esta nueva tecnología en salud podrá aportar al desarrollo de la estrategia RISS y al fortalecimiento del sistema sanitario; pudiendo su uso disminuir los costos y contribuir a la accesibilidad de los usuarios, mejorando la eficacia y efectividad del sistema.

### **Palabras Claves**

Validación de una herramienta sanitaria

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Garantía de calidad

Evaluación de desempeño

## SUMMARY

This study is part of the research in Health Systems and Services, it proposes a technology for evaluating the performance of the strategy of Integrated Health Services Networks (RISS), suggested by the Network for the First Level Administration of State Health Services (RAP-ASSE), to work over the effectors. To achieve this goal we have worked with the RISS attributes defined by the Pan American Health Organization (PAHO), which meets the standards of the Latin American Diabetes Association (ALAD) and the Guide to Clinical Practice For First Level of Care ASSE, in which the Network Assessment Tool Health Services (HERSS), was designed with a quality assurance approach.

The new technology was developed in three parts, the first evaluates performance from the perspective of managers, the second evaluates from the perspective of the employee and a third component evaluates the perspective of users.

A field test of the tool was made to measure confiability and the results were of "Good" and "Very Good", with values of Cronbach's alpha of 0.92 was made; 0.85; and 0.85 respectively. Furthermore, the association between the variables was analyzed using the estadistic V Cramer, showing a significant correlation between them. The content was validated by experts in the field of knowledge RISS, and with DMT2 carrier and has also validated criterion of appearance and performance.

This new health technology may contribute to the development of the RISS strategy and to strengthening the health system; the use can reduce costs and contribute to user accessibility, improving the efficiency and effectiveness of the system.

Keywords

Validation of a health tool

Integrated Health Services Networks (RISS)

Quality guarantee

Performance evaluation

## **1.2. INTRODUCCIÓN**

*“Un Sistema Nacional de Salud constituye el instrumento idóneo para llevar adelante una profunda transformación en la situación de salud de nuestro País. Es la herramienta necesaria para sustituir el proceso espontáneo de desarrollo, por un desarrollo administrado científicamente”*

*Villar H. (2012)*

El sector salud en el mundo avanza hacia sistemas sanitarios con enfoques de garantía de calidad, en el marco de continuas reformas buscando el objetivo de la equidad sanitaria. El Uruguay no escapa a esa realidad, desarrollando en la última década una reforma en el sistema de salud, con una estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basada en la Atención Primaria de Salud.

Este proceso tiene una debilidad y es la falta de investigaciones que permitan la evaluación de la calidad y la consecuente toma de acciones en relación con los resultados, para avanzar en el necesario proceso de garantía de calidad.

Ésta ausencia de procesos de evaluación del sistema sanitario nos llevó a la construcción de un método para elaborar una tecnología sanitaria válida y confiable para medir el desempeño del nuevo modelo de atención, basado en la estrategia RISS.

Para ello se trabajó con Expertos validando los contenidos de la misma, y a través de la aplicación de una prueba de campo se realizaron los análisis estadísticos de validación y confiabilidad.

En los presentes capítulos se expondrán los objetivos, los antecedentes, la justificación y el método de trabajo que orientan el desarrollo de ésta investigación.

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.a. Objetivo General**

Diseñar una tecnología válida y confiable, enmarcada en el paradigma de Garantía de Calidad, para evaluar el desempeño de la red de servicios de salud públicos en la región de Canelones Este, para el cuidado de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

### **1.3.b. Objetivos Específicos**

Identificar las características de la Red de Atención del Primer Nivel Canelones Este de la Administración de Salud del Estado, para la atención de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Definir las variables que conformarán la herramienta de evaluación de desempeño de la Red de Atención del Primer Nivel Canelones Este, para la atención de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Estimar la validez y confiabilidad de la herramienta, exigidos para su empleo en la evaluación de desempeño de redes integradas de servicios de salud.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL**

#### **2.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

##### **2.1.a Redes Integradas de Servicios de Salud**

###### **Experiencias regionales compartidas**

Desde comienzos del presente siglo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene propiciando una serie de iniciativas que permitan mejorar la accesibilidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud. Es así que en el año 2000, en el 42.º Consejo Directivo, se insta a los estados miembros a medir el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), con el fin de posibilitar el análisis de la Salud Pública en la región.<sup>1</sup>

Más tarde, en el 2003 la OPS propone el documento “La Renovación de la Atención Primaria en Salud (APS) de las Américas”, para la construcción de Sistemas de Salud basados en la estrategia de APS, con el fin de disminuir los costos sociales dejados por las reformas neoliberales de los años ‘90.

En ésta propuesta se replantea la noción de prestaciones públicas, las que se consideran socialmente prioritarias, por lo que se propone asumirlas y financiarlas colectivamente. Se comienza así a desarrollar una serie de conceptos y estrategias cimentadas fundamentalmente en el enfoque sanitario canadiense, basado en la vieja premisa de la utilización de mejoras sanitarias para la contención social y el beneficio del sistema capitalista, asumiendo en ésta conceptualización que la salud está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza.

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Informe Final. CD42/FR, 42 Consejo Directivo. Washington: OPS/OMS; 2000. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42\\_fr-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_fr-s.pdf) [consulta: 10 ene 2013].

En el documento “Salud de la Población. Conceptos y Estrategias para las Políticas Públicas Saludables: la Perspectiva Canadiense (2000)”, la OPS plantea que “Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar para los canadienses”<sup>2</sup>

Más adelante, en el año 2007 OPS redefine, en su documento de posición sobre la Atención Primaria de Salud (APS), el propósito de la renovación de la APS, planteando que el mismo “es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población”.<sup>3</sup>

Sobre comienzos del año 2010, la OPS lanza la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud. Ésta concepción de trabajar en sistemas integrados que den respuesta a la situación crítica de los sistemas de salud en la región de América Latina, tiene sus antecedentes en investigadores americanos, canadienses y en experiencias de Europa Occidental, referidas a la integración de la atención sanitaria.

A continuación presentamos tres cuadros de antecedentes de redes de atención de salud, tomando los datos del trabajo realizado por Mendes E. (Brasil, 2013)<sup>4</sup>.

El primer cuadro es sobre los antecedentes en EEUU, el segundo se confeccionó con los antecedentes estudiados en Canadá, y el tercer cuadro con antecedentes relevados en Europa Occidental.



<b>Tabla I. Antecedentes sobre redes integradas de atención de salud - EEUU</b>			
<b>Año</b>	<b>Autores</b>	<b>Sistema/Modelo estudiado</b>	<b>Componentes - conceptos - definiciones</b>
1993	Shortell et al	Sistemas Integrados de Salud.	Los propone para superar la fragmentación del sistema sanitario.
1996	Shortell et al.	Redes de Atención de Salud	Las definen como redes de organizaciones que prestan un continuo de servicios a una población definida y que se responsabilizan por los resultados clínicos, financieros y sanitarios de esa población
1996	Todd	Para la Integración de los Sistemas de Salud americanos	Plantea que los factores claves son la eficacia de los sistemas de información, fortalecimiento de APS, la integración clínica, productividad de los servicios hospitalarios, y realineamiento de los sistemas de incentivo
1997	Griffith	Organizaciones Integradas de Atención de Salud	Liderazgo interno y externo, mayor participación de los médicos, fortalecimiento de APS, y gestión clínica.
1997	Pointer et al	Sistemas Integrados de Salud.	Son responsables de una población y de la mejora en sus niveles de salud, oferta de un continuo de servicios, coordinación de los cuidados por la APS, gestión clínica y pago por cápita.
1997	Coile	Redes de Atención de Servicios de Salud.	Basadas en la cooperación, con una visión compartida de red, eliminación de redundancias, con directrices clínicas, con integración horizontal y vertical de los servicios, y foco en la calidad.
1998	Byrnes et al	Sistemas Integrados de Salud.	La relación de éstos con la gestión clínica mostró una sinergia positiva entre éstos dos elementos.
1999	Young y McCarthy	Sistemas Integrados de Salud	Definieron que la participación de más de un hospital, de unidades de sub agudos, la integración clínica, el pago por cápita y los sistemas de información estructurados en redes, son componentes fundamentales.
1999	Enthoven	Sistemas Integrados de Salud	Plantea que las ventajas desde el punto de vista económico, se derivaron de basarse en poblaciones definidas, la eficiencia de la atención en el lugar apropiado, de la integración entre diferentes profesionales y de la coordinación de la APS.
2001	Institute of Medicine	Sistemas de Atención de Salud	Los cambios en los sistemas de salud deben direccionarse hacia la atención de las condiciones crónicas, uso de tecnologías de la información, eliminar los registros clínicos a mano, promover la educación permanente de los profesionales, coordinar la atención en toda la red, incentivar la multidisciplinariedad, y monitorizar los procesos y resultados del sistema.
2002	Wan et al.	Sistemas Integrados	Presentaron mayor potencial de prestar un continuo de cuidados coordinado y mayor eficiencia en el ámbito hospitalario; debido a la integración de procesos y servicios, la estructura de gobernanza, multidisciplinariedad, coordinación del cuidado, integración clínica y a los sistemas integrados de información.
2003	Lee et al.	Hospitales comunitarios en	En comparación (hospitales del sistema Medicare), se atendió mejor las necesidades de las poblaciones.

		REDES		
2005	Palmer Somers	y	Sistemas integrados de salud	Representan una oportunidad importante para la obtención de mejores resultados sanitarios y mayor costo/efectividad, para personas que demandan servicios de mayor costo.
2005	Enthoven Tollen	y	Sistemas Integrados de Salud	Sugieren que estos sistemas son la salida para disminuir costos y elevar la calidad. Y que ellos se basan en directrices clínicas en base a evidencias, equipos de salud con objetivos comunes, oferta de continuo de servicios bien coordinados, uso de historias clínicas integradas, economía de escala e incentivos financieros.
2008	Shortell Casarino	y	Sistemas de Atención Responsables	Los definieron como entidades que implementan procesos organizados para mejorar la calidad y controlar los costos, y que se responsabilizan por sus resultados.
Fuente: Mendes E (Brasil 2013)				Elaboración: Lic. Esp. Sbárbaro M.

**Tabla II. Antecedentes sobre redes integradas de atención de salud - Canadá**

Año	Autores	Sistema/Modelo estudiado	Componentes - conceptos - definiciones
1996	Leat et al.	Sistema de Salud Integrados	Deberían de tener una población de responsabilidad, pago por cápita, médico de familia como puerta de entrada al sistema, oferta de servicios integrales, fortalecimiento de las informaciones en salud y planificación con base a las necesidades de la población.
2003	Champagne et al.	Sistema de Atención de Salud de Canadá	Para su mejora debe basarse en la necesidad de los ciudadanos, tener una población adscrita por equipo de salud, integración de la prevención y la cura, integración de la salud con la asistencia social, valorización de la clínica y creación de corredores de servicios.
2005	Marchildon	Sistema de Atención de Salud con base en APS	Mostró que se integraron a éste sistema la delegación de procedimientos a Enfermeros (profesionales*), inversión en tecnologías de información, introducción del pago por cápita, establecimiento de puntos de atención no convencionales, y el desarrollo de la telemedicina. <i>*Nota del autor</i>
FUENTE: MENDES E (BRASIL 2013)			
ELABORACIÓN: LIC. ESP. SBÁRBARO M.			

<b>Tabla III. Antecedentes sobre redes integradas de atención de salud - Europa Occidental</b>				
<b>Año</b>	<b>País</b>	<b>Autores</b>	<b>Sistema/ Modelo estudiado</b>	<b>Componentes - conceptos - definiciones</b>
1964		Dawson	Redes de Atención de Salud	Sus puntos esenciales son la integración de la medicina preventiva y curativa, el papel del médico generalista, puerta de entrada en la APS, atención secundaria prestada en unidades ambulatorias y atención terciaria prestada en hospitales.
1998	Holanda	Edwards et al.	Cambios profundos en los Sistemas de Atención	Para lograr una visión sistémica hay que procurar integrar la atención hospitalaria y ambulatoria, incorporar la atención domiciliaria y los centros de Enfermería, los hospitales/día y centros de asistencia social.
1999	España	Suñol et al.	Planes de Atención Integral	Las describen con una estructura de atención a poblaciones saludables, atención a factores de riesgo, el diagnóstico y primer tratamiento, fase inicial del tratamiento de la enfermedad, fase avanzada del tratamiento y fase terminal.
2001	Alemania	Hildebrandt y Rippman	Redes de Atención de Salud	Implantadas para superar la enorme fragmentación del sistema sanitario. Se caracterizan por la integración médica y económica de los servicios, integración hospitalaria y ambulatoria, integración de servicios farmacéuticos y de Enfermería, continuidad de los cuidados e incentivos para la prevención y promoción sanitaria.
2001	Suecia Holanda Reino Unido	Warner	Cadenas de Cuidados	Definió como sus factores críticos a la atención centrada en la persona, el control activo de los flujos dentro del sistema, sistemas logísticos articulados por los intereses de los usuarios, sistemas de información altamente integrados, entrada única en la cadena, ausencia de barreras económicas y gestión única de los servicios.
2004	España	Fernández	Sistemas Integrados de Salud	Son una necesidad imperativa para superar los graves problemas derivados de los sistemas de salud fragmentados.
2003	España	Peray	Redes de Atención de Salud	Utilizan varios mecanismos de integración, como la fusión de hospitales, la coordinación de laboratorios clínicos, la utilización de directrices clínicas, la medicina familiar, la historia clínica única, y la relación estrecha entre el médico de familia y el especialista.
2005	España	Vázquez et al.	Organizaciones Sanitarias Integradas	Se estructuran alrededor de un hospital, responsabilizándose de la cobertura de servicios integrados de APS, la atención especializada y socio – sanitaria de una población.

2006	Europa	Erskine	Organización de la Salud en Europa	Afirmó que debe constituirse por redes regionales de atención con el fortalecimiento de la APS encargándose de la coordinación del sistema, disminución de hospitales, con un uso intensivo de las tecnologías de la información, fortalecimiento de las atención domiciliaria y los centros de Enfermería, con directrices clínicas basadas en evidencias y con integración gerencial.
2007	España	Vargas et al.	Redes de atención de Salud	Demostraron que las OSI a partir de hospitales tienen una fuerte contradicción, ya que por un lado parece tener una mayor organización, pero por otro induce a una visión hospitalocéntrica generando ineficiencia en la asignación y limita las innovaciones.
2007	Reino Unido	Ham	Sistema de Atención de Salud del Reino Unido	Mostró la próxima fase de reforma debe llevarse a cabo con mecanismos de colaboración a través de la implantación de Redes de Atención de Salud.
2008	España	Bengoa	Sistemas de Salud Europeos	Propone que los nuevos modelos de atención sanitaria se caractericen por usuarios activos y conectados con el sistema sanitario, la adopción de modelos de atención a las condiciones crónicas, el alineamiento de las políticas de salud públicas con los servicios de salud, y la recuperación de la visión de sistema.
FUENTE: MENDES E (BRASIL 2013)				
ELABORACIÓN: LIC. ESP. SBÁRBARO M.				

Si bien las definiciones y formas de los modelos o sistemas estudiados son diferentes, en ellos se repite la idea de que los sistemas en red surgieron para dar respuesta a la fragmentación, ineficiencia e inequidad en que los sistemas sanitarios se habían sumergido. Se plantea como necesario tener una población activa a cargo por la cual el sistema debe responsabilizarse de sus resultados clínicos y de los costos derivados de ello.

Todos los antecedentes giran en torno a la integración de los servicios clínicos gerenciados desde una APS fortalecida, siendo ésta la puerta de entrada al sistema, con una dirección única, asegurando la prestación de un continuo de servicios con sistemas clínicos, de apoyo e información coordinados y estructurados en red, con una historia

clínica única de los usuarios. Tienen como objetivos la atención a poblaciones saludables, a sus factores de riesgo, el diagnóstico y primer tratamiento, atendiendo la fase inicial del tratamiento de la enfermedad, la fase avanzada del tratamiento y fase terminal.

Se destaca que el modelo debe brindar una atención eficaz en el lugar más apropiado, con directrices clínicas y foco en la calidad, con una población adscrita a un equipo de salud integrado por diferentes profesiones, entre las que son indispensables el médico de familia y la enfermería profesional, con una relación estrecha de éstos y los especialistas. Además debe de promoverse la educación permanente de los profesionales.

Se ve importante que la atención secundaria sea prestada en forma ambulatoria, coordinando con puntos de atención no convencionales, hospitales de día, atención domiciliaria y centros de enfermería.

Se destaca que debe procesarse un realineamiento de los sistemas de incentivos hacia la prevención y promoción sanitaria, promoviendo una economía de escala, generando un sistema de pago por cápita.

Teniendo en cuenta éstos y otros antecedentes, la OPS en el año 2010 lanza la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con el propósito de “contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos”<sup>5</sup>.

Con éste marco, los gobiernos de la región han implementado parte de éstas iniciativas, desarrollando ciertas transformaciones dentro de los sistemas de salud, ya sea

---

5 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. [Pág. 9]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes\\_integradas\\_servicios\\_salud-conceptos.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf) [consulta: 10 ene 2013].

parcialmente a nivel nacional o en algunas localidades como experiencias pilotos del trabajo en red o introduciendo reformas desde la base del sistema sanitario.

Ejemplo de ello son las leyes de creación de los Sistemas Nacionales de Salud, ya sea únicos o integrados, como en el caso de Argentina (Ley de creación del Sistema Federal Integrado de Salud), El Salvador (Ley de creación del Sistema Nacional de Salud), y Uruguay (Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud). Asimismo otros países de la región introdujeron una serie de cambios en el Modelo de Salud orientándolo hacia el funcionamiento en red, como el caso de Bolivia (Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios), Brasil (Más Salud-articulación de organizaciones de redes de salud), Chile (Redes Asistenciales basadas en la Atención Primaria), Guatemala (Modelo Coordinado de Atención en Salud), México (Integración Funcional del Sistema de Salud), Perú (lineamientos para la conformación de redes), República Dominicana (Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud), Trinidad y Tobago (red integrada entre servicios de APS y servicios de segundo nivel) y Venezuela (Red de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas).

Algunos países han llegado incluso a evaluar algunas experiencias implementadas para mejorar el acceso a los sistemas de salud, a través de medir la presencia de los atributos de las RISS en el sistema sanitario, como es el caso de Cuba que ha incursionado ya en la medición de la presencia de los atributos recomendados por OPS para las redes sanitarias y “de manera general se pudo concluir que los 12 atributos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud como esenciales y necesarios para alcanzar un adecuado funcionamiento en un Sistema Integrado de Servicios de Salud están presentes en la realidad sanitaria cubana, en todos o al menos 1 de los niveles del sistema nacional de salud”<sup>6</sup>. Por otra parte Ecuador se encuentra desarrollando investigaciones que permitan la elaboración “de una metodología para caracterizar, evaluar e intervenir en

una red de servicios de salud, con el propósito de mejorar los niveles de integración alcanzados en un momento dado<sup>7</sup>.

Aún con los esfuerzos referidos, todavía queda mucho por mejorar en el acceso a los servicios de salud, y en la eficiencia de los sistemas, ya que no sólo se trata de gastar más o menos recursos, sino fundamentalmente de cómo organizarlos para optimizarlos. Esto no es posible en sistemas fragmentados como los existentes en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, en donde existe un grado muy limitado de integración, cuasi nulo, provocando incoherencia e ineficiencia en los sistemas, y ofertando baja calidad en las prestaciones.

De hecho, la forma en que históricamente se han ido organizando los sistemas de salud en éstas regiones, “consistentes en arreglos no integrados de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población”<sup>8</sup>, ha provocado una segmentación y fragmentación tal, que afectó profundamente y de manera negativa el desempeño de los mismos.

### **2.1.b. El Sistema Nacional Integrado de Salud**

#### **Antecedentes**

“En éste contexto se comienza a trabajar en el Uruguay para la reforma sanitaria, a través de convenios principalmente con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En el primer acuerdo del año 2001, denominado “Programa de Reformas del Sector Salud (UR-0133). BID – ROU. 2001”, se dieron los dineros correspondientes para llevar adelante las pautas de dicho programa. El desembolso del dinero estaba condicionado a que el Estado mantenga el entorno macroeconómico acordado con el Fondo Monetario Internacional (FMI).”<sup>9</sup>

En este Programa de Reforma del sector salud se acuerda perfeccionar el marco regulatorio del sistema sanitario, creando reglamentos y normas comunes de regulación

y fiscalización que permitan la sustentabilidad de todas las instituciones del sistema sanitario. En este marco se requiere incentivar la vigencia de un modelo asistencial con énfasis preventivo y promocional. Además se debe crear una nueva estructura ejecutiva, dentro del Ministerio de Salud Pública (MSP) con la responsabilidad de la supervisión y fiscalización sobre todas las instituciones que dan cobertura y provisión en la atención de salud a la población.

En otro punto del acuerdo referido se establece la necesidad del fortalecimiento del subsistema privado de salud. El objetivo central de éste punto fue el de estabilizar financieramente a dichas instituciones, impulsando un modelo de gestión más eficiente, sobre la base de convenios de gestión en contrapartida con cobros de dinero.

En otro aspecto se acuerda el fortalecimiento del subsistema público de salud, separando las funciones de regulación del sistema que estará a cargo del MSP, de las funciones de provisión de servicios a cargo de Unidades Prestadoras (Administración de Servicios de Salud del Estado). Además se incluye la autorización de convenios de gestión que permitan la participación de instituciones privadas en la gestión de los prestadores públicos.

Más adelante, en el año 2005 se firma otro acuerdo con el BID en el que se afianzan las políticas macro para nuestro país, a través del documento “Banco Interamericano de Desarrollo: Estrategia de país del Banco con Uruguay 2005-2009”.

En él se plantea que el Estado se concentre en fortalecer su rol regulatorio, que desarrolle una infraestructura para favorecer la competitividad y el clima de negocios para que sea la actividad del sector privado quien lidere la economía, y el sector salud no escapará a ésta lógica.



Por otra, parte en el año 2006 el Uruguay firmó un acuerdo con la OPS / OMS para utilizar el mecanismo de “Estrategia de Cooperación País”, para desarrollar esfuerzos conjuntos dirigidos a fomentar y defender la salud de la población uruguaya.

El nuevo sistema de salud uruguayo emerge desde el punto de vista de OPS e impulsado por ésta, como oposición a las reformas estructurales de los '90, las cuales pretendiendo dar respuesta a la problemática del sector han dejado por toda la región latinoamericana sistemas de salud fragmentados y segmentados, que agrandaron la brecha existente entre las poblaciones en el acceso a los servicios de salud.

Este apoyo e impulso en el desarrollo del nuevo sistema tiene en su concepción y financiamiento la lógica de telaraña advertida por los economistas desde el Programa Regional de Investigaciones Económicas y Sociales del Cono Sur (PRIES-Cono Sur), que nominaron “Los Cuatro Jinetes del Apocalipsis”.

Hacemos un paréntesis para transcribir textualmente al Economista Roca JA. (2012) quien explica de ésta forma el concepto:

“De todos modos forma parte de una telaraña, lo que en su momento en el PRIES -que es un instituto de investigación en el cual participábamos Arce, Tajam, Quartino y yo- le llamamos los Cuatro Jinetes del Apocalipsis: el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y lo que en aquel momento era la Organización Mundial de Comercio (OMC), en cuanto eran los instrumentos utilizados por las grandes potencias especialmente Estados Unidos, como elemento de dominación económica o como uno de los elementos centrales de la dominación económica y en una especie de división de tareas. Me refiero a que el FMI toma como eje los préstamos de corto plazo, es decir que la función del FMI sería agilizar el comercio, las finanzas y si un país tiene problemas financieros el FMI lo asiste (entre comillas con tasas de intereses y condiciones que darían para toda otra charla). El BM, su papel, su rol, eran los ajustes estructurales de largo plazo. Es decir promover las estrategias del imperio ya a más largo plazo y fundamentalmente en

la década del 80 se especializó en todos los llamados procesos privatizadores, es el que estaba atrás de las privatizaciones. La OMC tratando de evitar el proteccionismo de los países dependientes, que por otro lado acepta y no cuestiona el proteccionismo de los países ricos. Pero a los países pobres sí les exige que sean abiertos, que permitan el ingreso del capital. Y el BID de alguna forma busca ser la cara más amable de todo esto. Quiere decir que por lo general hace préstamos para infraestructura, para asistencia técnica aunque asistencia técnica en muchos casos ligada a procesos privatizadores, y eventualmente también a veces para financiar ciertas obras sociales, para atenuar las contradicciones del sistema, un poco la cara menos dura, más amable de este sistema imperial que funciona globalmente porque además el BID exige a su vez o toma como condición para sus préstamos, el que estos países a los cuales les otorga estos préstamos, tengan acuerdos con el BM y el FMI”<sup>10</sup>

Con ésta estrategia de los Cuatro Jinetes del Apocalipsis, incorporando en esa telaraña el papel de la OPS para con los países de América Latina y el Caribe, es que se financiaron y llevaron adelante las reformas de la región en general y del Uruguay en particular.

Por otro lado la transformación demográfica, epidemiológica y social que ha experimentado el Uruguay, definió un nuevo perfil de necesidades. Es así que la reducción de la tasa de fecundidad y el aumento de la expectativa de vida produjeron un envejecimiento estructural de la población, en la cual predominan los procesos crónicos de salud. En ese sentido el sistema de salud que ya no daba respuesta a las necesidades de la población, debió readaptarse para asumir éstos cambios.

Sumado a esto se produjo una agudización de las desigualdades económicas y sociales, que determinaron que grandes sectores de la sociedad vivan por debajo de la línea de pobreza, llegando a comienzos del nuevo milenio y luego de la crisis del 2002, con un tercio de la población en condición de pobre, provocando una fuerte desprotección socio-sanitaria, formando parte de los elementos que justificaron la última reforma del sector salud.

Se podría decir que la crisis interna del sector salud actuó como catalizador, o quizás como excusa, para llegar a un consenso entre sus actores relacionado a la necesidad urgente de reforma del sistema sanitario, lo que sumado al cambio de estrategia de las políticas en salud pública impulsadas por la OPS para la región, más los acuerdos realizados con los organismos de crédito internacionales, confluyeron a sentar las bases para la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, que se concreta en el año 2007 con la aprobación por parte del Poder Legislativo de la Ley N° 18.211, por la cual, como expresa en su artículo primero, se “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud.”<sup>11</sup>

Definiendo a punto seguido que será el Ministerio de Salud Pública quien deberá implementar el Sistema Nacional Integrado de Salud articulando a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud y que dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

### **2.1.c. Características del Sistema Nacional Integrado de Salud**

El sistema de salud de Uruguay está compuesto por dos subsectores, el público y el privado. El subsector público está integrado por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE-MSP), Universidad de la República (Hospital Universitario), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Banco de Previsión Social, Entes Autónomos y Servicios Descentralizados y los servicios de salud de las 19 Intendencias Departamentales del país.

Por su parte el subsector privado se basa fundamentalmente en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), organizaciones privadas sin fines de lucro,

seguros parciales y casas de salud, que se organizan y funcionan según las disposiciones establecidas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), definido por el SNIS.

Existe otro prestador, con una figura jurídica Pública No Estatal, el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que cubre las necesidades de medicina altamente especializada (Hemodinamia, Cirugía Cardíaca, Implante, marcapaso, Valvuloplastia, Angioplastia coronaria, Prótesis de cadera, Prótesis de rodilla, Hemodiálisis Crónica ambulatoria, Diálisis Peritoneal, Trasplante renal y reno - pancreático, Litotricia Renal, Quemados graves, Trasplante de médula ósea y cardíaco). Esta cobertura es para todos los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La cobertura asistencial de la población está distribuida con una diferencia superior a 13 puntos porcentuales en favor del subsector privado, con un 43.39% de cobertura pública y un 56.61% de cobertura privada.

A su vez el sistema prevé 11 Programas integrales y un catálogo de prestaciones básicas y obligatorias a las que tienen derecho de acceso universal todos los habitantes del país (Decreto del Poder Ejecutivo N° 465/008 del 3 de octubre de 2008).

En relación a los insumos para la salud, existe un amplio marco legal al respecto que regula la importación, producción, distribución, venta y propaganda. El Ministerio de Salud Pública posee un sector para el control y vigilancia de los requisitos y exigencias para el otorgamiento del registro sanitario de aquellos medicamentos que se entiendan necesarios, eficaces, seguros y producidos bajo condiciones que garanticen su calidad.

En lo que respecta al nuevo sistema de salud, el mismo se caracterizó por desarrollarse en etapas y con reformas en tres aspectos diferentes. Una reforma financiera que entre otros aspectos creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que es el recaudador financiero del sistema, que se nutre de impuestos directos a los trabajadores, empleadores y jubilados, más fondos de rentas generales. Esta medida surge como

forma de estabilizar económicamente al sistema y refinanciar a las empresas privadas, como se acordara en el Programa de Reformas del Sector salud. El FONASA nutre al Seguro Nacional de Salud (SNS) que tiene el objetivo de crear un sistema de gasto y financiamiento que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad al SNIS, definiendo de hecho al sistema como un seguro de salud con una canasta de prestaciones básicas que no llega a cubrir las demandas de salud de toda la población. Éste Seguro Nacional de Salud es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), en donde tienen participación entre otros el Ministerio de Salud Pública, representantes de los trabajadores y representantes del sector empresarial, tal cual fue planteado por el BID y como prioritario para la OPS.

La segunda reforma que caracteriza al nuevo sistema de salud es en lo que concierne al modelo de gestión, donde se crearon un sin fin de normas regulatorias entre leyes, decretos y ordenanzas, planteándose además la implementación de sistemas de información y observatorios. Podría decirse que dentro del modelo de gestión, la reforma clave es la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como ente descentralizado, separando definitivamente las funciones del Estado como efector sanitario a través de ASSE, y al Órgano Rector del Sistema a través del MSP con funciones de formulación de políticas y regulación.

Esta reforma en la gestión tiene “el apoyo y participación de los empresarios quienes altruistamente comprendieron que, además de su razón *moral*, el gasto social (en salud<sup>12</sup>) tiene una utilidad económica (...) se materializa la asociación Estado – mercado - sociedad. Con esa asociación los pobres y las capas medias financian a los extremadamente pobres; el gran capital acumula legitimado por sus nuevos servicios

para el *nuevo bienestar* y los gobiernos ganan clientelas electorales. Se produce el milagro de que *todos ganan*, aunque el capital se concentra y aumenta la desigualdad.”<sup>13</sup>

La tercera reforma se da en el cambio del modelo de atención, involucrando a los trabajadores, usuarios y comunidad en la defensa del derecho a la salud. El nuevo modelo se basa en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, recogiendo en sus principios fundamentales las líneas planteadas por Organismos Internacionales de crédito y de salud para las reformas sanitarias en la región. Es así que una de sus metas es el desarrollo y fortalecimiento de la Red de Atención del Primer Nivel, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE). Esto es lo que Stolorowicz B. (2014) conceptualiza como “reestructuración de la sociedad”<sup>14</sup>, que emerge como instrumento de cohesión social, impidiendo el cuestionamiento de la distribución de la riqueza, oculta la desigualdad bajo el manto de una falsa diversidad pluralista sin permitir incidir en las decisiones del sistema político, pero que es percibido por la gente como participación y empoderamiento del modelo.

#### **2.1.d. Red de Atención del Primer Nivel**

##### **Administración de los Servicios de Salud del Estado**

A partir de la Reforma iniciada en el año 2005, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) se fue configurando, en concordancia con la Ley, en un organismo descentralizado, siendo ésta la empresa pública prestadora de servicios de salud perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud, que brinda cobertura a toda persona integrante del sistema y que opte por incorporarse a éste prestador.

A su vez, por mandato constitucional, debe asegurar la atención a la salud de las personas en situación de indigencia, constituyéndose en el brazo operativo estatal para dar cobertura en salud a todas las personas en situación de exclusión social, como así también tiene la responsabilidad de la cobertura en salud a todo extranjero que lo requiera.

Más tarde en el año 2010, se crea a través del artículo 4º de la Ley N° 18.719, Ley de Presupuesto Nacional, la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS); que “estará integrada por la Administración de los Servicios de Salud del Estado, el Banco de Previsión Social, el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Banco de Seguros del Estado y las Intendencias Municipales (.....) La RIEPS tendrá un Consejo Directivo Honorario (.....) presidido por el representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.”<sup>15</sup>

Ésta red que es coordinada por ASSE surge, según se expresa en la letra de la ley, por la necesidad de aprovechar racionalmente los recursos humanos, materiales, financieros y la capacidad instalada y a instalarse de los efectores de salud públicos, tratando de dar respuesta a la fragmentación y segmentación del sistema sanitario, para procurar alcanzar los máximos niveles de accesibilidad, calidad y eficiencia en el cuidado a la salud de la población, fortaleciendo la estrategia de atención primaria.

La RIEPS plantea en su plan estratégico del año 2014, cuál es el marco referencial del que parte y cuáles son sus objetivos y desafíos. Textualmente expresa que:

“es un desafío superar la fragmentación de servicios y programas que aún persisten, y brindar respuestas a la realidad demográfica y epidemiológica del país. Uruguay tiene alta mortalidad y morbilidad por enfermedades crónicas, ostentando la tasa de mortalidad por cáncer más alta de las Américas, 219 por 100 mil habitantes, duplicando el promedio de América Latina (93,8), superior a la de Argentina (143) y Brasil (101). Las tasas de mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares y cardíacas

son también las más alta de la región, con 85,8 por 100 mil y 72,3 por 100 mil habitantes respectivamente.

Los objetivos sanitarios deben orientarse a abatir la incidencia y mortalidad por enfermedades crónicas, particularmente cáncer, cardiovasculares y diabetes, atendiendo el enorme componente social (hábitos de consumo, sedentarismo, modalidades de recreación y uso del tiempo libre, stress, etc.) que define su entramado causal llevando a considerarlas enfermedades socialmente transmisibles. Asimismo deberán ser atendidas enfermedades infecciosas como sífilis, tuberculosis y VIH, que desafían los dispositivos sanitarios. Uruguay presenta índices muy altos de sífilis gestacional (2,6 por mil de los recién nacidos, cuando OMS establece un máximo de 0,5 por mil); un tercio de los niños (31,5%) entre seis meses y dos años tiene anemia, aumentando a 37% en los sectores de menores ingresos. La cantidad de niños prematuros y de bajo peso al nacer es mayor que en los demás países de la región: 12% de los niños nacidos con cobertura de ASSE fueron prematuros en 2011 y una cifra similar tuvo bajo peso. La desnutrición crónica infantil es muy elevada incluso en comparación con la región, alcanzando al 11% de retraso de talla para la edad, mientras la obesidad llega al 9,5%.”<sup>16</sup>

Como plantea la RIEPS en su marco referencial, en el Uruguay se continúa con un sistema de salud fragmentado y con dificultades para dar respuesta al cambio demográfico y epidemiológico del país, en donde las enfermedades crónicas ostentan tasas de morbimortalidad altas en relación al promedio de la región. Solamente ésta razón definiría la importancia del desarrollo de la estrategia del trabajo integrado en redes de servicios de salud.

Por otra parte, la Ley N° 18.211 en el capítulo referido a la RED de Atención en Salud, plantea la relevancia de organizar al sistema sanitario en REDES por niveles de atención, con mecanismos de referencia y contra referencia establecidos a través de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), en base a una estrategia de Atención Primaria y con prioridad en el Primer Nivel de Atención, con un enfoque hacia las personas, la familia, la comunidad y el medio ambiente, con acciones integrales y equipos interdisciplinarios, atención ambulatoria, domiciliaria, de urgencia y emergencia.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado tiene definida como Visión institucional ser “el principal prestador estatal de atención integral a la salud, con una red de servicios en todo el territorio nacional, que contribuye a mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios y lidera el cambio del modelo asistencial de acuerdo a los



postulados del Sistema Nacional Integrado de Salud (Atención Integral a la Salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación)”<sup>17</sup>.

Su Misión en el sistema de salud es “ser la organización referente en atención a la salud en nivel nacional que promueve una atención humanizada, de acceso equitativo y que brinde un servicio de excelencia.”<sup>18</sup>

Para llevar adelante su Misión ASSE desarrolló una política de redes para dar respuesta a los principios rectores del nuevo sistema de salud (SNIS). Ésta estrategia se basa en el principio de territorialidad, creando cuatro regiones a nivel nacional, con un territorio y una población definidos, éstas regiones son la Región Este, Oeste, Norte y la Región Sur (Anexo 1).

En éstas regiones se encuentra inserta la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP - ASSE), quien es la responsable de la organización y gestión de la atención a la salud en el primer nivel de atención, de los usuarios con cobertura formal del subsector público a través de ASSE, en todo el territorio nacional, que a setiembre de 2014 brindaba cobertura a un total de 1.286.194 personas.

A su vez la Región Sur de la RAP – ASSE se divide el territorio entre la RAP Metropolitana y la RAP Canelones, la cual a su vez se subdivide en tres zonas, Canelones Rural, Canelones Oeste y Canelones Este. Ésta última brinda servicios en el primer nivel de atención en las zonas de Toledo, Pando, Barros Blancos, y la costa este de Uruguay, desde El Pinar hasta el balneario de Jaureguiberry.

### **2.1.e. RAP Canelones Este - ASSE**

La investigación se desarrolló en ésta región, ya que la misma presenta características que le confieren una cualidad de red en sí misma, presentando una dirección político sanitaria única y exclusiva para su zona de referencia territorial.

Asimismo existe una centralización en las políticas de salud en éste territorio, expresado a través de una estructura de coordinación de nodos (5), Zonas de Salud a cargo de personal con responsabilidades bien definidas. Dichas Áreas son referente en el primer nivel atención de 33 Micro Áreas de Salud entre policlínicas y consultorios de familia.

<b>Tabla IV. RAP Canelones Este. Nodos y Zonas de Salud</b>					
<b>Zona 1</b>	<b>Zona 2</b>	<b>Zona 3</b>	<b>Zona 4</b>	<b>Zona 5 A</b>	<b>Zona 5 B</b>
6 de Setiembre	Villa Manuel	Toledo	Estadio	Salinas	Parque del Plata
Ventura	Huracán Siré	Mano con Mano	Talar	Atlántida	Parque del Plata N.
La Loma	Suárez	La Capilla	BPS	Est. Atlántida	La Floresta
Entre Todos	Casarino	Villa San José	T. del Sauce		Est. La Floresta
El Remanso	Tres Villas		Emp. Olmos		San Luis
Chediack					Costa Azul
Aeroparque					Cuchilla Alta
El Tato					Jaureguiberry
Elaboración: Lic. Esp. Milton Sbárbaro					

Una característica particular de éstas Áreas de Salud, es que presentan poblaciones urbanas y rurales, lo que le da mayor amplitud a los resultados de la investigación. A su vez éstas poblaciones sólo podrían acceder a las prestaciones de éste subsistema, no pudiendo en lo formal recibir servicios de salud en el primer nivel de atención en otras Áreas de Salud, estando esto controlado por un sistema geo referenciado de registro de usuarios.

Como el sistema de salud definió que el usuario puede elegir con que profesional atenderse, esto puede generar alguna contradicción entre las definiciones de trabajo en

base territorial y la elección del usuario, si ésta se realiza fuera del territorio en donde vive, trabaja o estudia.

Los recursos, tanto humanos como materiales para el funcionamiento de éste subsistema sanitario, son de exclusividad del mismo y se plantean articulados entre sí para poder brindar atención a la población de referencia de la red.

Como se describe en los párrafos anteriores, ésta red presenta componentes similares al resto de los subsistemas de la red sanitaria del primer nivel estatal (RAP-ASSE), en cuanto al modelo de atención, gobierno, organización, gestión y al financiamiento, así como similitudes en el perfil de los usuarios y en el desarrollo de los programas sanitarios, por lo que los datos obtenidos en ésta investigación (ajustándolos a cada contexto), podrían arrojar información para el análisis del desempeño global de la red sanitaria nacional.

#### **2.1.f. Trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud**

##### **Solución teórica al problema de la fragmentación y segmentación de los sistemas sanitarios**

Como se mencionó desde el comienzo del milenio, OPS viene recomendando en la región que los Estados miembros enfoquen sus sistemas sanitarios hacia el trabajo en el primer nivel de atención dentro de una estrategia de redes, pero ¿qué significan esas recomendaciones, qué implica la APS?, ¿qué significa que los servicios sanitarios estén integrados en red?

Para posicionarnos en una definición de redes integradas de servicios de salud, comenzamos por definir que entendemos por red, término utilizado en diferentes ámbitos y que ha cobrado en los últimos tiempos una importancia central en el sector salud.

Para ello tomamos el concepto de Tapscott (2011) sobre Redes entendiéndolas como un sistema de colaboración en masa que caracteriza a las sociedades post industriales.

Él lo plantea de la siguiente manera:

“En la era industrial, todo es hecho para la masa. Creamos la producción de masa, la comunicación de masa, la educación de masa, la democracia de masa. La característica central de la sociedad industrial es que las cosas comienzan con uno (aquél que posee el conocimiento) y llegan a muchos (aquéllos que no poseen el conocimiento)... El flujo es siempre en este sentido de uno para muchos. En el sistema de salud yo soy el médico, porque tengo el conocimiento, y los otros son los pacientes, no apenas porque están enfermos, sino porque no tienen el conocimiento. Nuevamente, es de uno para muchos... En la sociedad post industrial, el conocimiento no será más transmitido de uno para muchos, sino de uno para uno o de muchos para muchos. Será la era de la inteligencia en red, en un sistema de colaboración de masa”<sup>19</sup>.

El trabajo en redes le ha ido ganando espacios al ámbito público, tomando responsabilidades que eran inherentes del Estado desde la década de los 90 y como forma de gestionar las cuestiones sociales fundamentalmente a través de las organizaciones no gubernamentales, mezcla de fondos públicos con gestión privada, implantadas con el falso propósito de superar los modelos burocráticos, en un contexto de impulso del Neoliberalismo, con fuertes procesos privatizadores.

En éste marco las redes pretendieron demostrar que podían dar ciertas respuestas de organización a problemas complejos como lo son las cuestiones sociales, y se han ido diseminando, atravesando toda la sociedad, logrando implantarse en el sector salud como la estrategia para resolver la crisis en la cual se encontraban los sistemas sanitarios.

La estrategia de redes integradas ha sido ampliamente difundida y generalizada como la solución al problema de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud.

Tratando de echar luces sobre el tema García-Fariñas y col. (2011), realizaron una investigación con el objetivo de revisar los principales elemento teóricos para ver si las

RISS son una estrategia efectiva para incrementar la eficiencia de los sistemas sanitarios.

De dicha revisión concluyeron que:

“aún no puede realizarse una afirmación robusta acerca de la utilidad de la integración en redes de servicios como estrategia para lograr sistemas de salud eficientes. Por una parte, están los autores que defienden que la estructura en redes ayuda a mejorar la calidad de los servicios y la eficiencia organizacional, y por la otra, hay quienes critican fuertemente las redes de servicios sanitarios por su supuesta incapacidad para promover una mejor eficiencia global del sistema. En síntesis, actualmente aún no se cuenta con información concluyente acerca de la relación entre las diversas formas de integración de los servicios de salud y el logro de sus objetivos de continuidad, eficiencia y calidad.”<sup>20</sup>

La investigación de García-Fariñas y col. (2011) refleja la importancia de continuar investigando sobre el impacto en el sistema sanitario de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud, debido a la escasez de estudios científicos sobre el tema.

Sin embargo, desde la teoría queda claro que la integración en redes sanitarias es clave para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, además de que día a día surgen nuevas evidencias que sustenten que las Redes constituyen una salida a la crisis actual de los sistemas sanitarios. A modo de ejemplo presentamos el siguiente cuadro, con datos tomados del trabajo realizado por Mendes E. Las Redes de Salud (2013).

<b>Tabla V. Evidencias del impacto de la estrategia de redes de salud</b>		
<b>Año</b>	<b>Autores</b>	<b>Evidencias</b>
1985	Weingarten et al.	Evidenciaron que la atención integrada a niños portadores de asma promovió la mejora de la capacidad respiratoria.
1995	McInnes y McGhee	Demostraron que la integración de la atención primaria y especializada, en el cuidado de personas con hipertensión, proporcionó servicios más costo/efectivos que la forma convencional.
1996	Osman et al.	La atención integrada disminuyó las remisiones a los especialistas de los portadores de asma.
1998	Bernabei et al.	La integración de la atención resultó en menos hospitalizaciones, menos

		consultas en APS, y mejor capacidad funcional de los ancianos frágiles, además de un sistema más costo / efectivo.
1998	McCulloch et al.	La provisión de apoyo integrado a la APS mejoró la satisfacción de los usuarios portadores de Diabetes, y el uso de los recursos.
1998	Byng et al.	Los sistemas integrados determinaron una mayor satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental.
1999	Llewellyn-Jones et al.	La integración del cuidado contribuyó a disminuir los cuadros depresivos en personas mayores.
1999	Reuben et al.	La integración disminuyó la discapacidad funcional y mejoró la calidad de vida de las personas mayores.
1999	Wagner et al.	Los programas que integraban la APS con los otros niveles y que tenían una población adscrita fueron más efectivos y sus usuarios estaban más satisfechos.
2000	Malcom et al.	La integración entre la atención primaria y especializada permitió identificar a las personas con alto riesgo de hospitalización, disminuyendo el uso de servicios especializados.
2001	Wagner et al.	La integración del cuidado a personas portadores de Diabetes, propició mejoras en los procesos y resultados de la atención.
2002	Doughty et al.	La integración de la atención primaria y secundaria redujo las readmisiones hospitalarias en usuarios portadores de insuficiencia cardíaca.
2003	Gilbody et al.	La integración de la APS en red mejoró el cuidado de la depresión.
2004	Griffin y Kinmonth	Una atención integrada de la Diabetes, con base en la APS, disminuyó los índices glucémicos con más fuerza que la atención centrada en el hospital.
2004	Katon et al.	Los modelos de atención integrada mejoraron resultados seleccionados (diabetes y depresión), en personas portadoras de co-morbilidades.
2004	Smith et al.	Los mecanismos de integración determinaron mejoras significativas en los servicios y en los resultados sicosociales.
2004	Vetter et al.	El efecto de la integración entre los Enfermeros y los trabajadores comunitarios produjo mejores resultados clínicos en la Diabetes.
2005	Singh	Las RASs mejoraron el uso de los recursos y algunos resultados clínicos seleccionados y redujeron los costos de la atención.

Fuente: Mendes E. Las Redes de Atención de Salud. OPS. Brasilia. 2013

Elaboración: Lic. Esp. Sbarbaro M.

## **2.1.g Redes Integradas de Servicios de Salud. Estrategia del SNIS**

### **Una experiencia incipiente, necesaria de ser evaluada**

Para nuestro estudio tomamos la definición sobre redes integradas de servicios de salud de Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB y Morgan KL, modificada por OPS (2010), dado que es la base conceptual y jurídica del nuevo modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay.

Dicha definición fue consensuada por todos los países miembros de OPS / OMS y expresa que “las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como “una red de organizaciones que presta o hace arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”<sup>21</sup>

En la región de las Américas, se ha ido generalizando la conceptualización del trabajo en redes para la mejora de los servicios de salud en cuanto a accesibilidad, equidad y eficiencia. Es así que varios países han incorporado en su sistema sanitario la estrategia de atención primaria y de redes integradas de servicios de salud.

Como vimos el Uruguay no es ajeno a éstos procesos de reformas sanitarias impulsados por los organismos internacionales.

En octubre de 2011 la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay, realizó una publicación planteando una aproximación al tema redes en el país, con el objetivo de profundizar y socializar información y conocimientos sobre las primeras experiencias de implantación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

En dicha publicación Benia W. y Medina G., plantean como “carencia relevante del proceso de construcción del nuevo sistema de salud, la ausencia de indicadores para la evaluación y monitoreo de los servicios”<sup>22</sup>.

En esa misma publicación se presenta una experiencia de trabajo, dentro de la red de asistencia pública en el primer nivel de atención durante el período 2005-2009, que

arrojó como parte de sus conclusiones la necesidad de fortalecer el trabajo en redes en todas sus dimensiones; pero fundamentalmente dejó planteada la necesidad de investigar ésta estrategia (RISS), dejando al descubierto la “importancia de desarrollar trabajos científicos acerca de la implantación de las redes en los sistemas de salud”<sup>23</sup>.

En éste marco de reforma sanitaria y de implantación de un nuevo modelo de asistencia basado en Redes de Servicios de Salud, urge plantearse la necesidad de evaluar los procesos para contribuir a la mejora de la calidad del sistema.

Es así que ésta investigación se centró en uno de los ejes fundamentales de la reforma, el desarrollo del primer nivel de atención para la resolución de los problemas de salud de la población y fundamentalmente en la estrategia de redes integradas de servicios de salud planteada para el fortalecimiento del sistema sanitario, basado en la estrategia de APS.

### **2.1.h Garantía de Calidad en Salud**

El trabajo en concepciones de calidad tiene una vida corta históricamente, pero fructífera. El concepto de calidad que surge primariamente vinculado al ámbito de la industria logra sobre la segunda mitad del siglo XX comenzar a ser materia de discusión ineludible en el sector salud.

Asimismo fueron cambiando los países referentes en la materia, en concordancia con el desarrollo del capital y el afianzamiento del capitalismo, es así que a principios del 1900, los productos de Inglaterra (*made in England*) y Alemania (*made in Germany*) gozaban de una reconocida calidad. Luego de la Segunda Guerra Mundial, donde Europa queda devastada, los productos de EEUU (*made in USA*) se posicionan fuertemente como líderes en calidad hasta mediados de la década del 70, que a raíz de la crisis del petróleo, Japón gana terreno y comienza una carrera decidida y ascendente por



la calidad, que se puede resumir en la expresión “nosotros no controlamos la calidad, la fabricamos”<sup>24</sup>.

El concepto de Control de Calidad que se desarrolló inicialmente a nivel de la industria ha ido evolucionando de manera abarcadora siendo incorporada muy recientemente su aplicación en el área de la salud.

### **Método Deming**

Deming desarrolló un método de gestión de calidad basado en un enfoque sistematizado a la solución de problemas. Promovió además que los gerentes de alto nivel sean los que se involucren activa y primeramente en los programas de mejora de la calidad de sus empresas. Como plantea en uno de los catorce puntos hay que “poner a todo el personal de la compañía a trabajar para conseguir la transformación. La transformación es tarea de todos”<sup>25</sup>.

Enfaticó en el concepto de que lo más importante en la línea de producción son los clientes, “el efecto multiplicador de un cliente disgustado es una de esas cifras desconocidas e incognoscibles, y lo mismo ocurre con el efecto multiplicador de un cliente satisfecho, que atrae más clientes”<sup>26</sup>.

Su método se basa en la implementación de catorce puntos que el los define como “la base para la transformación de la industria americana”<sup>27</sup>, planteando que “la adopción y la actuación sobre los 14 puntos es una señal de que la dirección tiene la intención de permanecer en el negocio y apunta a proteger a los inversores y los puestos de trabajo”<sup>28</sup>.

### **Los grupos participativos**

Kaoru Ishikawa (1986) realiza la introducción al Capítulo II (Características del Control de Calidad Japonés) de su libro titulado ¿Que es el Control de Calidad? con las siguientes frases: “El control de Calidad es hacer lo que hay que hacer en todas las

empresas. El Control de Calidad que no muestra resultados no es control de calidad.

Hagamos un Control de Calidad que traiga tantas ganancias a la empresa ¡que no sepamos qué hacer con ellas! El CC empieza con educación y termina con educación. El CC aprovecha lo mejor de cada persona”<sup>29</sup>

Estas frases sintetizan la importancia que Ishikawa le adjudica al recurso humano como el activo más importante para que aprovechando y potenciando al máximo sus capacidades, la empresa se pueda desarrollar y perfeccionar logrando mayores ganancias en forma proporcional.

Para Ishikawa “la Garantía de Calidad tiene que llegar a esa tercera fase de desarrollo, que es la aplicación de la Garantía de Calidad desde las primeras etapas del desarrollo de un producto. Al mismo tiempo el Control de Calidad ha acogido el concepto de la participación total por parte de todas las divisiones y sus empleados. La convergencia de éstas dos tendencias ha dado origen al Control de Calidad en toda la empresa, la característica más importante del CC japonés hoy”<sup>30</sup>.

Este punto de la filosofía de la calidad de Ishikawa, de hacer del Control de Calidad una responsabilidad de todos los trabajadores y divisiones de la empresa, dio origen a la creación de los Círculos de Calidad (1960) de integración voluntaria, que “son básicamente un sistema participativo de administración, mediante el cual los trabajadores se reúnen en pequeños grupos para realizar sugerencias y resolver problemas relacionados con aspectos del propio trabajo a nivel operativo”<sup>31</sup>.

Asimismo desarrolló el concepto de Garantía de Calidad como la esencia misma del Control de Calidad, definiéndola como el “asegurar la calidad de un producto, de modo que el cliente pueda comprarlo con confianza y utilizarlo largo tiempo con confianza y satisfacción”<sup>32</sup>.

## **La teoría Z**

Ésta teoría desarrollada por Ouchi W. (1981), pretende ser participativa y de responsabilidad social, entiende al trabajador como un ser integral en dependencia total de su salario para vivir. La utilización de ésta dependencia por parte de las empresas crea la necesidad en el empleado de comprometerse con la productividad de la misma ya que ella es la que le asegura un trabajo de por vida.

Ouchi invoca ciertas condiciones especiales como la confianza, el trabajo en equipo, el empleo de por vida, las relaciones personales estrechas y la toma de decisiones colectiva, y cree realmente que el empleo es lo que garantiza la supervivencia de los trabajadores. Todo ello es utilizado para obtener un mejor rendimiento del recurso humano en función de mayores ganancias de la empresa, se trata de aplicar una filosofía humanista en función de una mayor acumulación del capital.

Son tres los principios fundamentales de la Teoría Z definidos por Ouchi, Confianza, Atención a las Relaciones Humanas y Relaciones Sociales estrechas; de los cuales la confianza es la piedra angular de la Cultura Z.

### **Calidad de los Servicios de salud**

La calidad de la atención médica es para Donabedian “la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente... conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente”<sup>33</sup>; suponiendo que el costo no constituye un obstáculo para ello. Para dicho autor, la calidad se sustenta en siete (7) pilares por los cuáles se la puede reconocer y juzgar. Ellos son eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

Expresa que el objetivo de la evaluación de la calidad es determinar “con que grado de éxito se ha conseguido que las profesiones (de la salud) se gobiernen a sí mismas de un modo tan estricto que no debamos temer la explotación o incompetencia”<sup>34</sup>.

Ésta evaluación la plantea como un juicio de los profesionales y técnicos, sobre el proceso de la atención, realizado en forma individual o grupal. Agregando que cuando esa información es inexistente o incompleta, “se pueden deducir algunas cosas sobre el "proceso", estudiando cosas sobre el "proceso", estudiando la "estructura" o el "resultado:”<sup>35</sup>; definiéndolas de hecho como tres dimensiones de la calidad de la asistencia médica, cuyas denominaciones y contenidos permanecen vigentes hasta nuestros días.

Donabedian define “estructura” como los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención; y los “resultados” en su acepción más amplia, como los cambios en los conocimientos relacionados con la salud y en las actitudes y el comportamiento del usuario.

Por su parte el proceso “incluye el conjunto de acciones que permiten convertir la estructura en resultados y por tanto tienen la capacidad de incorporar valor al servicio, o sea está en relación directa con el diagnóstico, el manejo de las enfermedades, la prevención y la rehabilitación”<sup>36</sup>.

En síntesis Donabedian plantea que “la calidad de la atención se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tienen tres (3) orígenes: a. la ciencia de la atención sanitaria que determina la eficacia; b. valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad, y c. valores y expectativas sociales que determinan la legitimidad”<sup>37</sup>.

Viendo el comportamiento del sector salud y los escasos recursos destinados a cuidar la salud de las poblaciones nos afiliamos a las expresiones sobre que la garantía de calidad

“descansa más en el concepto de eficiencia que de excelencia. O sea lograr lo más y mejor posible con lo que se tiene. Esto implica que está asociada indisolublemente al empleo inteligente de los recursos y al manejo racional de los costos”<sup>38</sup>.

Por otra parte la garantía de calidad en salud definida en el marco del Modelo de Mejora Continua (Kaizen), es un proceso que “trabaja siempre en base a un horizonte desplazable, buscando nuevos retos y modos superiores de alcanzarlo”<sup>39</sup>.

Podría decirse que la garantía de calidad es nuestra utopía, como dice Galeano E (1940-2015) “la utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para avanzar”.

## **Calidad en la salud**

### **Enfoque orientado al proceso de control**

Este enfoque se podría esquematizar en dos componentes que se encuentran interrelacionados y con acciones recíprocas, denominadas Evaluación de la calidad en salud, y Mejora continua de la calidad en salud.

Carnota Lauzán (2005) define éstos componentes de la siguiente forma:

“-Evaluación de la calidad en salud. Consiste en el examen de la estructura, los procesos y los resultados de la asistencia médica con vista a identificar deficiencias, establecer las causas y tener una apreciación de los niveles de calidad que ha alcanzado. Es el componente más desarrollado dado que durante mucho tiempo se pensaba que la evaluación producía calidad, lo cual no es cierto, pues su otro componente es el que desencadena las acciones para resolver los problemas que la evaluación determina.  
-Mejora de la calidad en salud. Está formada por todas las acciones encaminadas a resolver las deficiencias encontradas durante la evaluación, estimular las iniciativas de mejoras y ponerlas en práctica, mantener sistemáticamente metas superiores a alcanzar y trabajar en función de ello. Uno de sus puntos de partida es la evaluación anteriormente mencionada, la cual es también el modo de verificar si las rectificaciones y las mejoras se han hecho realidad”<sup>40</sup>.

Ahora bien éstos procesos de mejora continua, de gestión de la calidad, en definitiva de garantía de calidad en salud, deben tener claro el objeto de su accionar, alguien a quien

estar dirigido, que le dé sentido al esfuerzo que realizan los sistemas sanitarios para trabajar en el marco de la calidad. Y se debe lograr obtener las visiones de todos los actores al respecto, ya que seguramente no perciben la calidad de la misma forma. El Dr. Villar (2002) lo plantea de la siguiente forma:

“Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los usuarios aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios. Mientras, tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico que sea satisfactorio para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad. La calidad asistencial será pues definida por la comunidad científica, por el profesional, el usuario y la sociedad, cada uno de los actores desde su punto de vista. Todos los conceptos tienen validez e importancia, y deben ser tomados en consideración al realizar una evaluación de la calidad de servicios prestados”<sup>41</sup>.

### **Desempeño de los sistemas sanitarios**

Medir el desempeño de los sistemas sanitarios podría equipararse a la definición de una estrategia de evaluación para la garantía de calidad en salud, en el entendido que comprende una serie de “técnicas, métodos y procedimientos orientados a determinar con la mayor precisión posible, los problemas de calidad en el servicio y establecer sus causas”<sup>42</sup>.

Para algunos autores la fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud de los países de la región.

Tomando el desempeño como “aquellas actividades que van desde la contribución del sistema al logro de los objetivos y la eficiencia en el uso de los insumos, hasta la manera en que los recursos se usan y combinan para producir los resultados deseados”<sup>43</sup>, es lógico pensar que “la integración en redes se viene considerando en los últimos tiempos

como una alternativa en lo que a organización de los servicios de salud respecta, con el fin de garantizar la continuidad en la atención y la eficiencia global”<sup>44</sup>

Para Murray Ch. y Frenk J., “el desempeño dependerá de la manera en que el sistema de salud organice cuatro funciones claves: la rectoría, la financiación, la prestación de servicios y la generación de recursos.” Para éstos autores, “estudiando esas cuatro funciones y la forma en que se combinan es posible no sólo comprender los determinantes inmediatos del desempeño del sistema de salud, sino también plantearse cambios de política radicales”<sup>45</sup>

Se podría decir a nivel general, y con base en la teorización sobre calidad de Donabedian, que evaluar el desempeño de las redes integradas de servicios de salud implica, según los propósitos planteados por la Organización Panamericana de la Salud, evaluar la calidad de la atención sanitaria, como el fruto de la interacción de los “atributos fundamentales de la ciencia y la tecnología de la atención sanitaria; y la forma en que la ciencia y la tecnología se aplican en la práctica sanitaria.”<sup>46</sup>

Plantea Donabedian que debe de existir un equilibrio (optimización) entre las mejoras en salud y los costos, satisfaciendo las expectativas de los usuarios y sus familias dentro de un marco de principios éticos, valores, normas, leyes y reglamentos, incorporando el concepto de equidad como lo considerado “justo” en cuanto al acceso a la atención y la posterior calidad de la misma.

Si bien es indiscutible la necesidad de trabajar en términos de garantía de calidad, hay que tener presente algunas características y limitaciones de la evaluación de la calidad en salud. En ese sentido Carnota Lauzán define las siguientes ideas básicas:

“1. La evaluación de la calidad en salud es un punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de calidad, pero es insuficiente para lograrla, pues depende de qué acciones se tomen en relación con sus resultados.

2. El papel principal de la evaluación de la calidad en salud es dotar al subsiguiente proceso de mejora continua de todos los elementos necesarios para organizar, orientar y ejecutar dicho proceso.
3. Su objetivo no es hallar culpables, aplicar castigos o hacer caer en desgracia a alguien no bien visto, sino crear las oportunidades para que el sistema de salud pueda ser mejorado sistemáticamente.
4. Tiene un carácter intersectorial, multiniveles y socialmente determinado.
5. Se debe adecuar al objeto de evaluación y a las circunstancias en que tal acción se lleva a cabo.
6. Tiene que ver con todas las dimensiones del sistema de salud y con los diferentes enfoques que convenga utilizar para evaluarlas<sup>47</sup>.

En el Uruguay existe un antecedente de evaluación de desempeño de la Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), iniciativa desarrollada por OPS para las Américas. Dicha medición se desarrolló en el año 2002, y es la única evaluación de desempeño sobre el sistema sanitario, en este caso enfocado a sus funciones esenciales.

Si bien los momentos históricos político – sanitarios eran diferentes al actual, sus resultados deben tomarse como un antecedente de medición de desempeño, que podrían dar una base a tener en cuenta cuando evaluemos el desempeño de la red sanitaria.

En ese entonces “los niveles más elevados de desempeño de las 11 Funciones Esenciales se observaron en las Funciones n°5 (Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional de Gestión en Salud Pública) y n°11 (Disminución del Impacto en Salud de Emergencias y Catástrofes), las que superaron el 50%, posicionándose entre el 53% y 63% respectivamente.

Le siguieron en un nivel intermedio de desempeño, las Funciones n°1 (Monitoreo y Evaluación del Estado de Salud); n°2 (Vigilancia y Control de Daños en Salud Pública); n°3 (Promoción de Salud); n°4 (Participación Social en Salud); y n°6 (Regulación y Fiscalización en Salud Pública), con porcentajes entre 27% y 43%.

Por su parte los niveles más bajos se alcanzaron en las Funciones n°7 (Evaluación del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios); n°8 (Desarrollo de Recursos



Humanos en Salud Pública); n°9 (Garantía de Calidad de los Servicios de Salud); y n°10 (Investigación en Salud Pública).”<sup>48</sup>

Así como las FESP se definieron en su momento como aquellas condiciones que permitirían un mejor desempeño de la Salud Pública y necesitó ineludiblemente de su evaluación, hoy tenemos un sistema sanitario basado en redes integradas de servicios de salud, del cual se hace indispensable la evaluación de su desempeño.

Evaluar el desempeño en el marco de la garantía de calidad en salud implicaría entonces, medir la forma en que el sistema se ordena para aportar en la mejora de la salud de la población, logrando el mayor grado posible de calidad de la salud al menor costo.

Por lo que desarrollar herramientas válidas y confiables para poder evaluar el desempeño, es de vital importancia para el Sistema Nacional Integrado de Salud en general y para la Red de Atención del Primer Nivel de Canelones Este en particular.

### **2.1.i. Diabetes Mellitus Tipo 2**

#### **Pieza clave para evaluar el desempeño de la red**

El nuevo modelo de atención está planteado para trabajar con el perfil epidemiológico nacional, caracterizado por el predominio de la mortalidad a causa de enfermedades crónicas no transmisibles, donde merecen destacarse por su morbimortalidad la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

Estas enfermedades se encuentran relacionadas con los hábitos y estilos de vida, donde se resaltan riesgos como la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, y la dieta inadecuada entre otros. La estrategia para el abordaje de estos problemas de salud es aumentar las acciones intersectoriales, en las que participan los principales grupos de especialistas e instituciones.

Según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud existen en el mundo “más de 346 millones de personas que padecen de Diabetes, estimando que de continuar con la tendencia actual, éste número se duplicará para el año 2030”<sup>49</sup>. Por su parte la Organización Panamericana de la Salud, en uno de los informes de la Oficina de Información Pública en Washington DC (noviembre de 2012), plantea que “de continuar con la tendencia actual, en América Latina y el Caribe se producirá un aumento en 15 millones de las personas que padecen Diabetes, pasando de 25 millones en el año 2011 a 40 millones estimadas al año 2030”<sup>50</sup>.

Según Hospedales J., Asesor Principal en enfermedades no transmisibles de OPS-OMS, “la Diabetes ha alcanzado proporciones de epidemia en las Américas”, afirmando que si no se realizan acciones de inmediato respecto al tema, “el problema únicamente seguirá incrementando”<sup>51</sup>.

En éste contexto de cambio de modelo de atención, la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE) ha elaborado una Guía de Práctica Clínica presentada como recomendaciones enmarcadas en la implementación del Programa Nacional de Salud de la Población Adulta y el Programa del Adulto Mayor.

En particular desarrolló una Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención, para el abordaje a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2; la misma está definida como “herramienta ineludible”<sup>52</sup> dentro de las recomendaciones del trabajo en red por la administración sanitaria, para el seguimiento longitudinal con un enfoque integral a estos usuarios y sus familias.

Benia W. (Director de la RAP-ASSE en 2009) refiere que éstas guías “configuran una valiosa herramienta que puesta a disposición de los equipos de salud, contribuirá a la integralidad de nuestros servicios de salud (...). Favorecerán también a que los usuarios

de nuestros servicios sientan y aprecien la atención como un continuo, percibiendo los diversos eventos que transitan como un todo coherente y conectado entre sí, a la vez que congruente con sus necesidades y preferencias”<sup>53</sup>.

Estas guías se enmarcan en una serie de normas y decretos que se generaron a punto de partida del reperfilamiento de la Ley 14.032, del año 1971, en la cual se expresa la necesidad de legislar sobre el tema debido a la incidencia que la diabetes tiene sobre la población y su repercusión sanitaria, económica y social

Además de la relevancia epidemiológica que la Diabetes ha ido desarrollando, ésta enfermedad es importante para los gestores de los sistemas de salud, porque evidencia las dificultades planteadas como consecuencia de la fragmentación de la atención, al necesitar una coordinación entre múltiples profesionales y distintos servicios en diferentes niveles de atención, requiriendo incluso a veces de coordinación interinstitucional para lograr la continuidad de la atención, transformándose en ese sentido en una pieza clave para evaluar el desempeño de la estrategia de redes en el ámbito de la salud.

Se toma a la Diabetes Mellitus como una enfermedad trazadora para ésta investigación, en base a la definición del concepto como aquel que “permite que a través de un problema de salud (trazador) se identifiquen los atributos de calidad dentro de los servicios y sistemas de salud y de esta manera se obtiene evidencia del funcionamiento de todo el sistema”.<sup>54</sup>

A su vez y utilizando como marco de referencia los criterios propuestos por Kessner D., para una enfermedad trazadora, se puede decir que la Diabetes Mellitus tiene un impacto potencial sobre las condiciones de salud según la prestación de los servicios sanitarios del sistema; es una enfermedad bien definida y de fácil diagnóstico, con técnicas claras y normatizadas para las etapas de prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación. La tasa de prevalencia es lo suficientemente alta como para la obtención de datos confiables en una población limitada, el proceso de la enfermedad varía con la utilización de la atención médica; y por último permite visualizar el desempeño de la red sanitaria a través de su análisis, lo que la convierte en un Trazador para la evaluación del desempeño de la Red de Atención del Primer Nivel de Canelones Este de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

La creación del nuevo sistema de salud propone grandes desafíos y cambios en la estructura del modelo de atención, basado en la estrategia de redes integradas de servicios de salud, pero la principal dificultad, marcada por todos los estudios realizados en el país, es carecer de información sobre los cambios aplicados, es no tener un proceso de evaluación del cambio de modelo, es no tener una herramienta que permita evaluar el desempeño de la red sanitaria, para poder tomar definiciones sobre la base de una información clara basada en evidencia científica.

Ante ésta realidad cabe preguntarse:

¿Cuáles serían las dimensiones y los componentes que deben ser integrados para conformar una herramienta válida para la evaluación del desempeño de la Red de Atención del Primer Nivel Canelones Este, en la atención a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo2?



## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1. Contexto y Clasificación de la Investigación

Se realizó un estudio de investigación y desarrollo <sup>55</sup> en servicios de salud, combinando la “investigación científica con el desarrollo de una tecnología para finalizar con éxito en la aplicación de un nuevo conocimiento que permite hacer algo que antes no era posible, o al menos, no tan bien o tan eficientemente, implicando, por tanto, un auténtico progreso tecnológico, social y económico<sup>56</sup>”, para el sistema sanitario uruguayo.

La investigación se desarrolló en el período comprendido entre los años 2013 – 2015.

#### 3.2. Técnicas y Procedimientos

La investigación fue desarrollada en tres fases, con técnicas y procedimientos diferentes para alcanzar las metas de cada una de ellas, para lo cual se procedió de la siguiente manera:

##### 3.2.a. Proceso de Cuidados al usuario portador de DMT2

1- La primera fase consistió en realizar un diagnóstico del proceso de atención, prestado en los servicios dependientes de la RAP Canelones Este, a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, con un enfoque de los procesos desde una perspectiva de redes integradas, guiándonos por los componentes planteados por la Organización Panamericana de Salud.

Para ello se realizaron entrevistas a referentes calificados; y se trabajó con documentos oficiales que definen el trabajo en el primer nivel de atención, con las guías y protocolos

de seguimiento a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, y las historias clínicas de los servicios referidos.

Además se realizó una revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería (bvsenf.org.uy), en la base de datos de literatura latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS) y la base de datos de literatura internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE). Para ello se utilizaron los descriptores de RISS, Redes, Redes de Servicios de Salud, Sistemas Nacionales de salud, Sistema locales de salud, APS, Desempeño, Evaluación de servicios de salud, Garantía de la calidad de atención de salud, Evaluación de procesos, Evaluación de programas e instrumentos de investigación, y Calidad, acceso y Evaluación de la atención de salud.

Realizando una búsqueda cruzada de éstas palabras se pudo refinar la misma hasta quedarnos con un total de 41 artículos, los cuales presentaban alguna relación con nuestra investigación.

Destacamos que el período definido para la realización de la revisión bibliográfica fue desde octubre de 2009, momento en el cuál el 49° Consejo Directivo de la OPS aprueba la resolución sobre Redes Integradas de Servicios de Salud, y la fecha final de corte de la revisión sistematizada fue diciembre de 2013. Además se incorporaron artículos posteriores a ésta fecha dado por el avance de la investigación.

A punto de partida del conocimiento de la red y de la revisión bibliográfica realizada, se identificaron las dimensiones que permitieron desarrollar la herramienta para medir el desempeño de la red en el cuidado del usuario portador de DMT2.

### **3.2.b. Conceptualización de las Variables**

2.- A punto de partida del conocimiento del proceso de cuidados brindado por la red a los usuarios portadores de DMT2, y teniendo en cuenta la propuesta de OPS para la composición de las redes sanitarias de servicios de salud, se desarrolló la segunda fase,

que consistió en la definición de las dimensiones identificadas, y el diseño de los procedimientos que culminaron con la herramienta que permitirá evaluar el desempeño de las redes de servicios de salud a través del cuidado a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

La herramienta elaborada (HERSS) consta de tres partes, una primer parte que aportará a medir el desempeño de la red a través del conocimiento y vivencia de los usuarios portadores de DMT2 que consultaron en los servicios sanitarios de la RAP – Canelones Este. Otra parte del instrumento aportará a medir el desempeño a través del conocimiento de los trabajadores del nivel asistencial con responsabilidad directa en la atención al usuario portador de Diabetes Mellitus Tipo 2, pertenecientes a los servicios sanitarios de la RAP – Canelones Este. Y una tercer parte de dicha herramienta aporta desde la perspectiva de los responsables de definir e implementar las políticas de salud de la red, integrantes de la Dirección de la RAP – Canelones Este.

Como dijimos se trabajó en base a los componentes de las Redes Integradas de Servicios de Salud según ámbito de abordaje, planteados por la OPS/OMS para el desarrollo de modelos de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Los atributos planteados por la OPS se cruzaron con algunas normas de la Asociación Latino Americana de Diabetes (ALAD) y la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2 Para el Primer Nivel de Atención, de la RAP-ASSE, definiendo así las variables y el diseño de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS), a través de una enfermedad trazadora (DMT2).

La Organización Panamericana de la Salud de acuerdo a la experiencia acumulada en el estudio de los sistemas de salud referidos particularmente a la integración en redes de servicios sanitarios, a la extensa revisión bibliográfica realizada y las consultas realizadas a los Estados miembros, plantea que se requiere de ciertos atributos



esenciales, los cuales se resumieron en 14 y que clasificó según su ámbito de abordaje en cuatro componentes, Modelo Asistencial; Gobernanza y Estrategia; Organización y Gestión; y Asignación e Incentivos, estructura que tomamos como referencia para el diseño de nuestra herramienta.

A continuación se explicitarán los componentes planteados, los cuales luego de realizar el estudio de los procesos de atención al usuario portador de DMT2, y la revisión de las normas y leyes nacionales, las definimos como variables complejas, por lo cual se subdividieron en variables simples para desarrollar la herramienta.

**A.- Modelo Asistencial-** Éste primer componente planteado tiene que ver con la estructura que presenta el sistema sanitario para dar cobertura a las necesidades de salud de las poblaciones en relación con sus establecimientos, servicios brindados, coordinación de esos servicios y aspectos socio culturales a tener en cuenta para dicha cobertura.

Éste componente presenta seis atributos o dimensiones a saber:

*.-Población y Territorio a Cargo y Definidos*, que implica conocer la base territorial, geográfica de cobertura del efector, y un conocimiento claro de las necesidades de salud de la población de dicha área. Esta dimensión quedó subdividida en las siguientes variables Población a Asistir; Conocimiento de las Necesidades de los Usuarios (DMT2); y Área Geográfica.

*.-La segunda dimensión utilizada fue la de Red de Establecimientos de Salud para la Prestación de Servicios Sanitarios*. Esto implica contar con efectores en red que puedan resolver los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a la población adherida a la red. Ésta dimensión o atributo quedó subdividida en las variables de Programas de salud en la Atención al Usuario Portador

de DMT2; Referencia en el 2do. Nivel de Atención; Referencia en el Primer Nivel de Atención; Relación Población/Profesionales; y Estándares de Calidad.

.-Como otra variable compleja o dimensión de éste componente, se tomó al **Primer Nivel de Atención**, definida como la puerta de entrada al sistema sanitario, en la cual deben de resolverse la mayor parte de las necesidades sanitarias a la población de referencia, además de realizar la coordinación de la atención a lo largo del tiempo. Esta dimensión se subdividió en las variables de Equipo Multidisciplinario para el cuidado al usuario portador de DMT2; y Coordinación con el resto de los Niveles Asistenciales.

.-La cuarta dimensión definida es la de **Prestación de Servicios Especializados en el Lugar más Apropiado**, que refiere a que la atención brindada debe estar basada en los mejores datos científicos disponibles según las necesidades de los usuarios, y en una organización de servicios priorizados según criterios de equidad y eficiencia. Esta variable se abordará como la Organización de los Recursos de la red para la atención al usuario portador de DMT2.

.-El quinto atributo o dimensión se denomina **Mecanismos de Coordinación Asistencial en Todo el Sistema**. Refiere a la existencia de formas coordinadas que permitan el mejor o igual tratamiento a todos los usuarios en cualquier efector de la red que necesite y en cualquier momento. Éste atributo se subdivide en las variables de Guías de Práctica Clínica y/o Protocolos de Atención al Usuario Portador de DMT2; Grupos de Trabajo Interdisciplinario; y Mecanismos de Referencia y Contra referencia.

.-La sexta y última dimensión de éste componente (Modelo de Atención), es **Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad**. Es definida como el enfoque del cuidado holístico del individuo incorporando la interculturalidad, centrado en el conocimiento de los derechos y deberes por parte del usuario; y con un fuerte componente familiar y comunitario, abordando el cuidado del individuo en su contexto

social y cultural, en las circunstancias en las que las personas viven, estudian y trabajan. Ésta variable compleja se subdivide en Personal Capacitado a la Propuesta del Nuevo Modelo de Atención; Personal Capacitado Sobre los Derechos de Atención de los Usuarios en general y portadores de DMT2 en particular; Trabajo con Enfoque Holístico; y Trabajo con Enfoque Familiar y Comunitario.

**B.- Gobernanza y Estrategia-** Este componente tiene que ver principalmente con el control, la estructura, la composición y el funcionamiento de la red; con el proceso de crear una visión y misión de la organización, además de definir las metas y los objetivos que se deben cumplir para lograr la visión y la misión. La gobernanza incluye la articulación de la organización y de sus dueños con las políticas que derivan de éstos valores; políticas acerca de las opciones que sus miembros deben hacer de modo de lograr los resultados deseados.

Incluye también la puesta en marcha de la gestión necesaria para lograr esos resultados y la evaluación del desempeño de los gerentes y de la organización.

Éste componente presenta tres dimensiones, Sistema Único de Gobernanza; Participación Social Amplia; y Acción Intersectorial.

.-La dimensión *Sistema Único de Gobernanza* implica el grado de centralización del gobierno de la red, además de definir y llevar adelante la misión y visión de la institución. Vázquez ML y Vargas I (2007) plantean que “las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la misión, visión y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red.”<sup>57</sup>

Dicha dimensión se subdivide en las variables de Órgano de Gobierno; Misión, Visión y Objetivos Únicos de la red; Planificación Estratégica; y Mecanismos de Monitoreo y Evaluación del Nivel de Desempeño de la Red.

.-La dimensión ***Participación Social Amplia*** implica el grado de desarrollo que presentan las comunidades, y que le ofrecen los sistemas para realizar las evaluaciones de desempeño de la red y convertirse en verdaderos gobernantes del sistema sanitario. Podría definirse como el involucramiento y/o empoderamiento de los usuarios en el gobierno y gestión de la red.

Ésta dimensión se estudiará a través de las variables de brindar información; consultar y trabajar con el usuario para mejorar el funcionamiento de la red; darle al usuario el control en las decisiones claves de la red; y la medición de la satisfacción del usuario.

.-La tercer y última dimensión de éste componente (Gobernanza y Estrategia), denominada como ***Acción Intersectorial***, refiere a la existencia de coordinaciones interinstitucionales que permitan abordar los condicionantes de salud de la población en general, más específicamente que trabaje los factores de riesgo de la DMT2. Para el estudio de ésta dimensión se plantearon las variables de intercambio de información y coordinación con instituciones de la zona para la mejora de la calidad de vida de las personas portadoras de DMT2; aportes de organizaciones para el trabajo con éstos usuarios; y existencia y participación en grupos de trabajo relacionados con la DMT2 en la zona.

**C.- Organización y Gestión-** Éste componente está vinculado a los procedimientos internos de la red para el manejo de los sistemas de apoyo al cuidado de las poblaciones, tiene que ver con los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, los recursos humanos y los sistemas de información utilizados en la red.

En éste componente OPS presenta cuatro dimensiones:

.-La primera dimensión es la ***Gestión Integrada de Sistema de Apoyo Clínico, Administrativo y Logístico***. Ésta variable compleja se puede definir como un modelo de gestión basado en la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional, con sistemas enfocados hacia el mejoramiento continuo de la calidad, promoviendo la eficiencia global de la red. Para el estudio de ésta dimensión se definieron las variables de Gestión de sistemas de apoyo clínico; Gestión de sistemas de apoyo administrativo; y Gestión de sistemas de apoyo logístico.

.-La segunda dimensión denominada como ***Recursos Humanos Suficientes, Competentes, Comprometidos y Valorados por la Red***, la podemos definir como la calidad y cantidad adecuada de trabajadores para cumplir con las necesidades de la población referente.

Para su estudio se definieron las siguientes variables, Cantidad de los recursos humanos; y Calidad de los recursos humanos.

.-La tercera dimensión se denomina ***Sistema de Información Integrado que Vincula a Todos los Miembros de la Red***, y la definimos como un sistema unificado que permita proveer de datos que satisfagan la necesidad de información de todos los integrantes de la red.

Ésta dimensión la subdividimos en las variables de Sistema de información clínica; y Sistema de información sobre demanda y utilización de servicios.

.-La cuarta y última dimensión de éste componente es la ***Gestión Basada en Resultados***, entendida como la estrategia o enfoque que se da la organización, incorporando investigaciones operativas para asegurar que sus procesos y servicios contribuyen al logro de resultados claramente definidos, monitoreando y evaluando dicho progreso.

Para el estudio de ésta dimensión se plantearon las siguientes variables, Mecanismos de monitoreo y evaluación de desempeño de la policlínica; Mecanismos de monitoreo y evaluación de desempeño en el trabajo con usuarios portadores de DMT2; Mecanismos de compensación e incentivos; e Investigaciones en salud.

**D.- Asignación e Incentivo-** Entendida como la forma de obtención de los recursos financieros para el logro de los objetivos planteados por el sistema, rindiendo cuentas a la red buscando promover la integración de todos en la resolución de los problemas de salud para contribuir a la eficiencia global de la red.

Éste componente presenta una dimensión, *Financiamiento Adecuado e Incentivos Financieros Alineados con las Metas de la Red*, definida como un sistema de incentivos y de rendición de cuentas que promueven la integración de la red como un todo, responsabilizando a cada unidad operativa de los costos de la atención; con un presupuesto por objetivos globales apostando a la flexibilidad y movilidad de los recursos dentro de la red.

Para el estudio de ésta dimensión se trabajó con las variables de Sistemas de incentivo financiero del trabajador; y Sistemas de incentivo financiero al servicio.

### **3.3.c. Validez y Confiabilidad de la Herramienta (HERSS)**

Luego de tener definidas las variables se procedió a elaborar la herramienta para la evaluación de redes de servicios de salud (HERSS), la cual quedó estructurada en tres componentes bien diferenciados (Directivos, Equipo de Salud y Usuarios).

Posteriormente se procedió a realizar las pruebas de Validez y Confiabilidad de la misma. “La validación consiste en la evaluación del test mediante su aplicación a un

número reducido de sujetos. Esta evaluación se hace en función de las propiedades o requerimientos que debe cumplir un test para considerarse un instrumento válido para abordar el evento de salud que pretendemos estudiar<sup>58</sup>.

Para Sampieri R (2006, p. 278), la **Validez** es el grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir. Este concepto, plantea, puede tener diferentes tipos de evidencia, una relacionada con el Contenido, otra relacionada con el Criterio, y una tercera relacionada con el Constructo.

Es así que con las variables que se definió que estarían incorporadas en la herramienta, se desarrolló un instrumento preliminar, que se puso a consideración de expertos para validar su contenido.

### **3.2.c.1. Validación de Contenido**

La validación del contenido se realizó por un grupo de expertos en el área de Diabetes; expertos en el área de gestión de programas, especialmente vinculados al trabajo en el primer nivel de atención, y expertos en el área de Redes Integradas de Servicios de Salud.

La selección de los mismos se realizó teniendo en cuenta una experiencia por lo menos de dos años en puestos de gestión y/o asesoramiento del sistema sanitario, y especialmente en redes de salud, además de la formación específica en el tema.

Con éste perfil participaron cinco expertos, dos con formación de Dr. en Ciencias de la Salud, docentes investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP); un Lic. en Enfermería, asesor del Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado; un Lic. en Enfermería, Director de una Sub Región de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado; y un quinto experto Lic. en Enfermería, referente de una de las 22 policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

Además se contó para validar el contenido sobre Diabetes con un profesional que tiene formación de posgrado en el área de conocimiento (Diabetólogo y Endocrinólogo), es coordinador académico del Posgrado en Diabetología de la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL) y cuenta con experiencia de trabajo e investigación en el área, además de haber sido presidente de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay.

Una vez conformado el equipo de expertos, se les entregó en formato papel y electrónico un documento informativo sobre los objetivos y características de la investigación (Anexo 2) manifestando el interés en su valoración crítica y observaciones sobre el instrumento en cuestión, solicitándoles su participación en forma totalmente voluntaria (Anexo 3) en ésta etapa de la investigación.

Se les dio copia de un cuestionario para evaluar el desempeño de redes de servicios de salud en el cuidado de los usuarios portadores de DMT2 (Anexo 4), acompañado de una matriz para su calificación (Anexo 5), de acuerdo a los criterios establecidos por Moriyama (comprensible; sensible a variaciones en el fenómeno; si tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables; componentes claramente definidos; y si deriva de datos factibles de obtener).

Para la calificación se utilizó una escala ordinal de 0 a 3 (0=Nada,  $0 \leq 1$ =Poco;  $1 \geq 2$ =Moderadamente; y  $2 \geq 3$ =Mucho) para evaluar los criterios por parte de los expertos, definiendo de antemano que quedarán aprobados aquellos ítems que obtengan una calificación promedio de Mucho ( $2 \geq 3$ ) por un porcentaje igual o mayor al 70% de los expertos.

Aquellos ítems que obtengan una calificación de Mucho ( $2 \geq 3$ ), por menos del 70% de los expertos, y los que obtengan una calificación de Moderadamente ( $1 \geq 2$ ) por al menos el 50% de los expertos, serán analizados, corregidos y enviados nuevamente a la



opinión de los expertos hasta ser evaluados de Mucho ( $2 \geq 3$ ) por el 70% o más de los mismos.

Además se resolvió no tener en cuenta a aquellos ítems que fueran evaluados con una calificación de  $\geq 1$  por un sólo experto en el criterio de “razonable y justificable”; entendiéndose que si un experto considera que no existe una justificación clara para la presencia de dicho ítem en el instrumento, que no es razonable ni justificable que el mismo forme parte de la herramienta, esa sola apreciación es inhabilitante para considerar su estudio.

Los cálculos de las medidas de validez se realizaron utilizando el paquete de análisis estadístico Open Office. org Calc.

### **3.2.c.2. Validez de Criterio**

Debido a que no existe otra herramienta que evalúe el desempeño de las Redes Integradas de Servicios de Salud, a través del análisis de los componentes definidos por OPS como esenciales para el adecuado funcionamiento de las redes sanitarias mediante una enfermedad trazadora, la validez de criterio se realizó con un encuentro de trabajo con los Directores de la Red Canelones Este de la RAP-ASSE (red en la cual se aplicó la herramienta), en la cual se les presentó los resultados de la primera validación de campo de la HERSS.

La prueba de campo se realizó aplicando la HERSS a la totalidad de los Directivos, y a una muestra 14 integrantes de los Equipos de Salud de la red, con la característica de que existieran en dicha muestra trabajadores de nivel profesional y de nivel auxiliar y/o técnico, para poder captar en el instrumento las diferencias conceptuales existentes en la población de estudio. Además se seleccionaron dos (2) trabajadores por cada Zona de Salud de la red, menos en la Zona A que se seleccionaron a cuatro (4) integrantes de los equipos de salud por poseer la mayor cantidad de trabajadores, por lo que ésta muestra

quedó conformada con 14 unidades de muestreo (7 integrantes por cada nivel), ésta selección permitió captar las diferencias existentes por los condicionantes contextuales de las Zonas de Salud. La muestra se terminó de confeccionar por 20 usuarios de la red portadores de DMT2.

En el encuentro con los Directivos, luego de presentarle los datos preliminares de la prueba de campo, se les entregó una hoja de evaluación con una pregunta para que evalúen dichos resultados según su percepción (Anexo 6). Para ello se les planteó la utilización de una escala de 0 a 3 (0=nada,  $0 \leq 1$ =poco;  $1 \leq 2$ =moderadamente; y  $2 \leq 3$ =mucho).

### **3.2.c.3. Validez de Apariencia**

Silva LC (2000) define muy certeramente la importancia de la validez de apariencia, colocando en la redacción de las preguntas un peso muy importante no sólo en la mala formulación de las mismas y el inducir a resultados erróneos, sino que el resultado de ello impacta fuertemente en los costos de las investigaciones. Dicho autor plantea que existen estudios que “ponen en evidencia que el monto potencial de error inducido por preguntas deficientemente formuladas puede superar los 20 o los 30 puntos de porcentaje (Payne, 1951). Lo más llamativo del asunto es que, mientras incrementar la precisión refinando el diseño muestral o aumentando el tamaño de muestra puede hacer crecer notablemente los costes, el proceso de mejorar el cuestionario del que provienen los datos es, en cambio, sumamente económico por lo general (Fowler, 1995)<sup>99</sup>

Incorporando éstos criterios fue que se le dio a la redacción del cuestionario una importancia particular, luego de realizada la validación de apariencia.

A los instrumentos confeccionados se les realizó una validación de apariencia, para verificar si las preguntas estaban bien construidas, evitando así la inducción de las respuestas. Para lo cual se sometió la herramienta construida a la consideración de un

experto en el área, ajeno a la investigación, profesor integrante del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería, del cual se tomaron las recomendaciones hechas y se realizaron los ajustes correspondientes.

Además durante el proceso de consulta a expertos para realizar la validación de contenido, fueron tomadas en cuenta sugerencias realizadas por ellos sobre la claridad de las preguntas planteadas en el instrumento.

Además de ello, se tuvo cuidado en la estructura del cuestionario colocando diferentes tipos de preguntas, por ejemplo preguntas de comprobación, que pretenden determinar la consistencia o veracidad de las respuestas del sujeto. Para ello incluimos en la herramienta diferentes preguntas sobre el mismo tema, variando la forma en que se pregunta y distribuyendo las mismas a lo largo de la herramienta.

También se colocaron preguntas filtro que determinan que se contesten o no otras preguntas del cuestionario.

Se tuvo en cuenta en la elaboración de las preguntas, que las mismas se refirieran a un sólo elemento, aun cuando exista una pregunta madre como se muestra en el siguiente ejemplo, también extraído de la sección de Directivos.

<b>31</b>	¿Existe en la RAP Canelones Este un sistema (de intranet o similar), de gestión de datos:				
		Clínicos (HC)?	SI	NO	NO SABE
		Administrativos?	SI	NO	NO SABE
		Presupuestaria y financiera?	SI	NO	NO SABE

#### **3.2.c.4. Confiabilidad**

Como plantea Capote R. entendemos por confiabilidad la capacidad de la herramienta de dar siempre los mismos resultados cada vez que es aplicada a la misma unidad de observación, lo que hace referencia a la repetibilidad de la medición y a la consistencia de los resultados obtenidos.

La confiabilidad de la herramienta (HERSS) se midió utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, que es una medida de la consistencia interna del instrumento. Este coeficiente asume que los ítems miden una misma dimensión y que están altamente relacionados entre sí. Cuánto más cercano se encuentre al valor 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados y por ende mayor es la confiabilidad de la herramienta analizada.

Debido a que no existe consenso entre los investigadores en relación a cuál es el valor aceptable para la confiabilidad de los instrumentos, nos afiliamos a la definición de Capote R. (p. 121. 2002) que plantea que tomando en cuenta la opinión de varios autores se podría admitir la siguiente clasificación de la confiabilidad de las herramientas:

Muy Bueno	> 0,90
Bueno	0,80 – 0,90
Aceptable	0,70 < 0,80
Inaceptable	< 0,70.

El Alfa de Cronbach es una medida “intra cuestionario”. Para poder analizar la variabilidad de los ítems “entre cuestionarios” se aplicó el instrumento a la misma población en dos ocasiones con el fin de analizar la consistencia entre las respuestas de los dos relevamientos.

Para ello utilizamos la técnica de repetición del test (test/re test), aplicando el mismo instrumento en dos ocasiones, a la muestra mencionada anteriormente, con una diferencia entre una aplicación y otra de 7 a 10 días.

Dado que los ítems son cualitativos nominales, utilizamos para medir la asociación entre las respuestas del test y re-test, el coeficiente V de Cramer. Este coeficiente nos permite medir si existe relación entre las respuestas a la misma pregunta por el mismo

sujeto, y la fuerza o intensidad de la misma. Este análisis, es complementario a las medidas de confiabilidad y ayuda a darle una mejor interpretación a la misma, describiendo que variables han cambiado entre las dos mediciones y cuales afectan mayormente a una variación favorable o desfavorable del alfa de Cronbach.

El valor del V de Cramer puede oscilar entre cero y uno ( $0 \leq V \leq 1$ ), un “Cramers V que es mayor que 0,3 es considerado en ciencias sociales como una correlación significativa”<sup>60</sup>. Otros autores plantean que “aunque raramente alcanzan el valor máximo. Como regla práctica de uso, se podría decir que:

0 - 0,25: poca dependencia

0,26 - 0,5: dependencia media

0,6 - 0,75: alta dependencia

> 0,75: muy alta dependencia”<sup>61</sup>.

Los cálculos de las medidas de confiabilidad se realizaron utilizando el paquete de análisis estadístico GNU PSPP versión 0.7.9.

### 3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Para ésta investigación se observaron las orientaciones éticas del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería<sup>62</sup>, referidas a la investigación para los profesionales de Enfermería, en cuánto al respeto de los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de las personas la familia y la comunidad; como así también al brindar información suficiente para lograr el consentimiento informado de las personas partícipes de la investigación.

Asimismo se tomaron en consideración las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, en lo que respecta al consentimiento informado individual y a la obtención de ese consentimiento (pautas 4 y 5)<sup>63</sup>

La incorporación de las personas a la investigación fue guiada por un criterio de estricta voluntariedad, aplicando los principios de respeto a las personas, de no maleficencia y de justicia.

La investigación se rigió desde el punto de vista ético, a través del Decreto N° 379/008 elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública, <sup>64</sup> teniendo especial celo en “contar con el consentimiento libre e informado de los sujetos de investigación” <sup>65</sup>, en toda la extensión planteada en el artículo 3 de dicho decreto, y de acuerdo a la normativa vigente.

Para ello se obtuvo el consentimiento informado por escrito (Anexo 7) de cada uno de los participantes en la investigación, a través de un documento especialmente confeccionado para ello, luego de brindarles información por escrito de la investigación (Anexo 8).

Se solicitó aval a la Comisión Académica del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (Anexo 9) y autorización a la Dirección de la RAP Canelones Este – ASSE (Anexo 10), previo a la realización de la investigación. Para ello se envió el protocolo de investigación a los organismos correspondientes.

El protocolo fue puesto a estudio del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería (Anexo 11).

Se devolverán los resultados mediante informes y presentaciones abiertas a los participantes y las autoridades tomando las recomendaciones expresadas en el artículo 6 literal m del Decreto N°379/008; con un estricto tratamiento confidencial de la identidad de los participantes, en ningún caso se expondrán los nombres de las personas en registros ni informe alguno.

## CAPITULO IV

### 4.1. RESULTADOS

Dando respuesta al primer objetivo específico, podemos decir que la Red de Atención del Primer Nivel de Atención de Canelones Este de la Administración de Servicios de Salud del Estado, a nivel de normativas se encuentra alineada con la propuesta de OPS para el trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud, por ser parte de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP - ASSE), que como plantea la Gerente General de ASSE Ferreira A. (2012), el marco conceptual que guía la propuesta de ASSE, es el de Redes Integradas de Servicios de Salud de OPS.

Esto se refleja en la Ley del SNIS cuando plantea que el sistema se organizará en redes de servicios, según las necesidades de los usuarios, y tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. Esta expresión en la letra de la ley, se refuerza con la creación en el año 2010 (Ley 18.719), de la RIEPS, para profundizar la estrategia de redes integradas y superar la fragmentación entre las instituciones públicas con el objetivo de asegurar la integralidad y continuidad de la atención.

Ésta red comprende la articulación en el primer nivel de atención de 33 efectores distribuidos en las zonas de influencias de las poblaciones de Costa de Oro, Barros Blanco, Pando, eje del Andaluz y Toledo.

La RAP Canelones Este es responsable de una población adscrita de 100.000 habitantes con cobertura ASSE, con una tasa de 7,82% de usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.



Para el trabajo en éstos efectores se cuenta con los siguientes cargos (aunque no todos son cargos de ASSE), 53 médicos generalistas y/o de Medicina Familiar y Comunitaria, 34 médicos de diferentes especialidades (Pediatras, Ginecólogos, Cardiólogo, Psiquiatra, Neurólogo, Dermatólogo), 14 Parteras, 5 Psicólogos, 4 Nutricionistas, 3 Asistentes Sociales, 3 Odontólogos, 3 Fisioterapeutas, 3 Agentes Socio – Educativos, 3 Auxiliares de Farmacia, 35 Auxiliares de Enfermería, 1 chofer y 5 Licenciados en Enfermería responsables de las 5 Zonas de Salud. En la Tabla VII se muestra la distribución de los mismos.

Dicha red presenta 5 puertas de Emergencias, dos de ASSE y 3 en convenio con prestadores privados.

A su vez, se pudo constatar que existe según expresión de su Dirección, guías clínicas para el abordaje de los usuarios portadores de DMT2, que son las elaboradas por ASSE a nivel central, y se encuentra en la instalación diferentes sistemas de información (de gestión de consultas, de gestión de farmacia, plan SIEMBRA, etc.)

Otro dato relevante es que existe una división territorial, con responsables o coordinadores de Zonas de Salud, en las cuales se encuentran distribuidos los efectores para brindar una atención a las poblaciones allí instaladas, como se muestra en la siguiente Tabla.

<b>TABLA N°1. RAP Canelones Este. Policlinicas y RRHH por Zonas de Salud</b>
--

	<b>Policlínicas</b>		<b>Servicios</b>
<b>Zona 1</b>	6 de Setiembre	Lic. Enf. Coord.	4 Med. Gral. - 7 Med. FyC. 1R1 Med. FyC.- 2R2 Med. FyC.- 2R3 Med. FyC. 10 Aux. de Enfermería 7 Pediatras - 1 Ginecólogo 1 Odontólogo 1 Cardiólogo - 1 Psiquiatra 2 Psicólogo 1 Partera - 2 Nutricionista
	Ventura		
	La Loma		
	Entre Todos		
	El Remanso		
	Chediack		
	Aeroparque		
	El Tato		
<b>Zona 2</b>	Villa Manuela	Lic. Enf. Coord. (*)	4 Med. Gral. - 5 Med. FyC. 5 Aux. de Enfermería 2 Pediatras - 2 Ginecólogos 2 Parteras - 1 Psicólogo 1 Aux. de Farmacia
	Huracán Siré		
	Suárez		
	Casarino		
	Tres Villas		
<b>Zona 3</b>	Toledo	Lic. Enf. Coord.	3 Med. Gral. - 4 Med. FyC. 4 Aux. de Enfermería 1 Ginecólogos - 3 Parteras - 1 As. Social 3 Psiquiatras - 2 Psicólogos – 1 Ag. Socio-Educ.
	Mano con Mano		
	La Capilla		
	Villa San José		
<b>Zona 4</b>	Estadio	Lic. Enf. Coord. (*)	3 Med. Gral. - 4 Med. FyC. 4 Aux. de Enfermería 2 Pediatras - 1 Ginecólogos 1 Partera - 1 As. Social - 1 Nutricionista 1 Psiquiatras - 1 Odontólogo - 2 Ag. Socio-Educ.
	Talar		
	BPS		
	Totoral del Sauce		
	Empalme Olmos		
<b>Zona 5</b> Costa de Oro Próxima	Salinas	Lic. Enf. Coord.	3 Med. Gral. - 4 Med. FyC. 4 Aux. de Enfermería 1 Ginecólogos - 3 Parteras - 1 Odontólogo 1 As. Social - 1 Fisioterapeuta - 1 Neurólogo
	Atlántida		
	Estación Atlántida		
<b>Zona 5</b> Costa de Oro Alejada	Parque del Plata	Lic. Enf. Coord.	3 Med. Gral. - 2 Med. FyC. 8 Aux. de Enfermería 2 Pediatras - 2 Ginecólogos 4 Parteras - 1 Fisioterapeuta 1 Dermatólogo 2 Aux. de Farmacia
	Parque del Plata Norte		
	La Floresta		
	Estación La Floresta		
	San Luis		
	Costa Azul		
	Cuchilla Alta		
Jaureguiberry			
<b>Totales</b>	33 Policlínicas	1 Dir. Lic. Enf.  5 Lic. Enf. Coord.	19 Med. Gral. - 29 Med. FyC. 1R1 Med. FyC.- 2R2 Med. FyC.- 2R3 Med. FyC. 35 Aux. de Enfermería 13 Pediatras - 13 Ginecólogo 14 Partera - 4 Nutricionista 3 As. Social - 3 Odontólogo 1 Cardiólogo - 5 Psiquiatra- 5 Psicólogo 1 Neurólogo - 1 Dermatólogo - 3 Fisioterapeuta 3 Aux. de Farmacia - 3 Ag. Socio-Educativo 1 Chofer
Fuente: Dir. RAP Canelones Este			
<i>Lic. Enf. Coord. (*) de Zonas 2 y 4 es la misma persona</i>			

Si bien existe una territorialización bien definida, surge del estudio que la población no está totalmente adscrita a la misma, ya que por normativa, las personas tienen derecho a elegir su médico de referencia, y esto a veces no condice con el territorio donde viven, trabajan o estudian dichas personas.

Es importante destacar que en la RAP Canelones Este existe una dirección única conformada por un equipo de 7 profesionales de la salud, quienes tienen a su cargo responsabilidades bien delimitadas, cuatro (4) de los miembros de ésta dirección poseen formación en Gestión de Servicios de Salud.

Al conocimiento de la red sanitaria le sumamos la revisión bibliográfica realizada para conocer la existencia de instrumentos similares, como así también para saber que componentes incluían dichos instrumentos, si existían. En ésta revisión no pudimos encontrar a nivel nacional ni regional, instrumento similar que nos pudieran servir para nuestra investigación.

Por otra parte la revisión bibliográfica realizada nos permitió la identificación de los atributos básicos que deben poseer los servicios basados en la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud.

Estos nos permitió elaborar los componentes de la herramienta preliminar para medir el desempeño de redes integradas basadas en APS, que quedaron resumidos en la estructura que OPS sugiere como marco conceptual y operativo para entender los sistemas basados en redes integradas de servicios de salud, los cuáles fueron enviados a un grupo de expertos para validar su contenido.

Con la devolución de los expertos y teniendo en cuenta su criterio, evaluamos la concordancia de los ítems con la definición operacional de las macro variables y de los componentes propuestos, evaluando la herramienta con los cinco criterios definidos por Moriyama.

Éste constructo tomado para la elaboración de la herramienta (HERSS), es el desarrollado por OPS, validado por diferentes investigaciones y estudios, que se muestran en las Tablas I, II y III, en los cuáles se plantea que una red integrada de servicios de salud requiere de ciertos atributos esenciales para su adecuado

funcionamiento, los cuales se agruparon según el ámbito de abordaje. Para llegar a éste consenso e iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, se requirió “de una extensa revisión bibliográfica y de diversas consultas realizadas como parte de la iniciativa”<sup>66</sup>.

En éste entendido es que tomamos como válido el Constructo RISS en acuerdo con los conceptos desarrollados en su definición por OPS, y en concordancia con los componentes y atributos de la misma, los cuáles fueron explicitados en el Capítulo III.

### 3.2.b Conceptualización de las Variables.

#### **Validación de contenidos**

Como explicamos en la metodología validamos el contenido a través de la consulta a seis (6) profesionales expertos en la temática, que voluntariamente participaron del estudio.

a) La parte de la herramienta que evaluará el desempeño de la red desde la perspectiva de los **Directivos**, quedó compuesta por cuatro componentes (Modelo Asistencial; Gobernanza y Estrategia; Organización y Gestión; y Asignación e Incentivos), que a su vez se subdividen en 34 macro variables, las cuáles se plantearon medir a través de 92 ítems que fueron los que se enviaron a los expertos para validar su contenido.

De ellos y utilizando el criterio de prescindir de la herramienta aquellos ítems que obtuvieran una calificación menor o igual a uno ( $\leq 1$ ) aunque sea por un sólo experto en el criterio de “razonable y justificable”; se eliminaron dos (2) ítems, aunque el puntaje global de cada uno de ellos fue de 2,53 y 2,8 puntos respectivamente.

El análisis estadístico de los ítems de la herramienta arrojó que la MODA fue de 3; con un MÍNIMO de 2,53; un MÁXIMO de 3; una MEDIA 2,93; de y una MEDIANA de 2,97.

<b>Tabla N°2. Análisis validación Expertos “Directivos” (Moriyama)</b>				
	Propuesta previa	Validadas (Expertos)	Análisis Estadístico	
Componentes	4	4	Moda	3
Macro variables	34	34	Mínimo	2,53
Ítems	92	90	Máximo	3
			Media	2,93
			Mediana	2,97

b) En lo que respecta al análisis de la validación de contenido relacionada con la evaluación del desempeño de la red a través del **Equipo de Salud**, se configuró con cuatro componentes (los mismos que el sector de los Directivos), con 33 macro variables y fueron puestos a consideración de los expertos 102 ítems para medir dichas variables. En éste caso no hubo ningún ítem que hayan considerado que no se justificaba que estuviera en la herramienta, por lo que quedó conformada por los 102 ítems referidos.

En relación al análisis estadístico podemos decir que la MODA fue de 3; con un MÍNIMO de 2,8; un MÁXIMO de 3; una MEDIA de 2,95; y una MEDIANA de 2,97.

<b>Tabla N°3. Análisis validación Expertos “Equipos de Salud” (Moriyama)</b>				
	Propuesta previa	Validadas (Expertos)	Análisis Estadístico	
Componentes	4	4	Moda	3
Macro variables	33	33	Mínimo	2,8
Ítems	102	102	Máximo	3
			Media	2,95
			Mediana	2,97

c) En relación al sector de la herramienta que mide el desempeño de la red desde la perspectiva de los **Usuarios** podemos decir que está compuesta por los mismos cuatro componentes que las anteriores secciones, y que se pusieron a validación por los expertos 34 macro variables con un total de 82 ítems.

Del análisis de los mismos surge que cuatro(4) variables y 11 ítems se suprimieron, debido a que alguno de los expertos consideró que no se justificaba su incorporación en la herramienta, más allá que todos los ítems mencionados obtuvieron puntajes globales de MUCHO ( $2 \geq 3$ ), según la escala utilizada para su medición.

Las cuatro (4) variables eliminadas por criterio de los expertos fueron “Misión, Visión, Objetivos únicos de la red” y “Planificación estratégica” que pertenecen a la dimensión Sistema Único de Gobernanza, del componente Gobernanza y Estrategia; y las variables “Sistemas de incentivos financieros del servicio” y “Sistemas de incentivos financieros del trabajador”, pertenecientes a la dimensión Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red, del componente Asignación e Incentivo. En lo que respecta al resumen estadístico podemos decir que la MODA fue de 2,97; con un MÍNIMO de 2,4; un MÁXIMO de 3; una MEDIA de 2,837749711; y una MEDIANA de 2,9.

	Propuesta previa	Validadas (Expertos)	Análisis Estadístico	
Componentes	4	4	Moda	2,97
Macro variables	34	30	Mínimo	2,4
Ítems	82	71	Máximo	3
			Media	2,84
			Mediana	2,9

En general podemos decir que el contenido de la HERSS quedó validado en sus tres secciones por expertos en la temática abordada, con calificaciones de MUCHO ( $2 \geq 3$ ), en todos los ítems propuestos, según la escala utilizada para medir los criterios desarrollada por Moriyama.

Por otra parte corresponde decir que de las 34 macro variables y los 276 ítems, se suprimieron un total de 3 variables y 13 ítems, por ser considerados por los expertos como injustificables y no razonables para estar conformando la herramienta.

A su vez existían cuatro (4) ítems que estaban repetidos y que contribuían a medir variables diferentes, por lo que se dejaron en la herramienta pero sin duplicar. Y en sentido contrario expertos coincidieron en que existían dos ítems que deberían dividirse para la mejor obtención del dato, por lo que dichos ítems se separaron.

Con la validación del contenido por parte de los expertos, pudimos construir una herramienta preliminar conformada por tres secciones (Usuarios, Equipo de Salud, y Directivos), que contienen 4 componentes, 34 macro variables y 263 ítems en general.

<b>TABLA N°5. Propuesta HERSS validada por los Expertos, por componentes e ítems.</b>			
	Usuarios	Equipo de Salud	Directivos
	Validación Expertos	Validación Expertos	Validación Expertos
Componentes	4	4	4
Macro variables	31	33	34
Ítems	71	102	90

### **Validez de Apariencia**

La herramienta quedó conformada en tres partes (Usuarios, Equipo de Salud y Directivos), con un total de 249 preguntas, de las cuales 54 son preguntas que incluyen algún tipo de comprobación en el mismo instrumento, 47 preguntas generan un filtro de acuerdo a sus respuestas a otras preguntas del cuestionario, siendo éstas identificadas gráficamente en la herramienta, y 12 tienen una forma anidada en su redacción, ya que refieren a un mismo elemento.

El siguiente cuadro muestra la distribución y el tipo de preguntas por parte de la herramienta.

<b>TABLA N°6. Distribución y tipo de preguntas de la HERSS</b>				
	Usuarios	Equipo de Salud	Directivos	Totales
Preguntas de comprobación	20	19	15	54
Preguntas filtro	15	18	14	47
Preguntas anidadas	6	3	3	12
Total	65	90	94	249

En general las preguntas de la herramienta siguieron las recomendaciones generales en cuanto a no incomodar a los sujetos de la investigación, y al cuidado en la claridad y comprensión de las mismas, teniendo en cuenta los niveles socioculturales de los respondientes, validándolo en el test/re test, en donde se incluyeron en la muestra individuos profesionales y auxiliares o técnicos en los trabajadores, y en los usuarios se incorporaron en su mayoría personas con nivel de escolaridad bajo, para verificar la comprensión de la herramienta.

### **Validez de Criterio**

Como dijimos, no se encontraron evaluaciones del desempeño de la red sanitaria de Uruguay, con las definiciones que el sistema de salud planteó que debiera tener la misma, que son los definidos por la Organización Panamericana de Salud para los modelos basados en Redes Integradas de Servicios de Salud.

Tampoco se encontró una herramienta similar en la región, con la cual poder intentar validar la HERSS; por tal motivo diseñamos una validación de criterio a través de personas expertas en el tema, pero que igualmente conocieran a cabalidad el funcionamiento de la red, sus componentes, los recursos y además a los trabajadores y usuarios de la misma. Sin lugar a dudas quienes reunían esas características eran los directivos de la dicha red, por lo que fue con la discreción de ellos que se planteó la validación de criterio.

Para ello se les realizó un breve cuestionario que permitió evaluar la concordancia entre los resultados que surgieron de la aplicación de la prueba de campo y lo que ellos percibían sobre el desempeño de la red.

Es de destacar que el día de la reunión de trabajo, sólo pudieron participar tres (3) de los seis (6) directivos, además el integrante número siete (7) había pedido traslado de



Unidad Ejecutora dejando de pertenecer a la dirección de la misma, por lo que tampoco participó de ésta instancia.

El resultado mostró que la media de concordancia entre lo que percibían los directivos y los datos arrojados por la HERSS en relación al desempeño de la red fue de 3, lo que significa que existe “Mucha” correspondencia entre la percepción de los directivos y el desempeño medido a través de la HERSS; lo que podría presuponer una fortaleza en los criterios utilizados para la elaboración de la herramienta.

Pero desagregando un poco más la herramienta, se vio que la misma en la sección de los Directivos fue evaluada con 3 en todos los componentes y por todos los evaluadores.

En la sección del Equipo de Salud (Tabla N°7), también presentaba una correlación de “Mucho”, entre la percepción de los directivos y los datos obtenidos a través de la prueba de campo de la HERSS, con una media de 2,57, un máximo de 3 y un mínimo de 2.

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3
Global	3	2	2
Modelo de Atención	3	2	2
Gobernanza y Estrategia	3	2	2
Organización y Gestión	2	2	2
Asignación e Incentivos	3	3	2

Por su parte la sección de Usuarios, tuvo una correlación de “Moderadamente”, entre lo percibido por los directivos sobre el desempeño de la red, y el desempeño arrojado por la aplicación en campo de la HERSS. En éste caso los valores obtenidos fueron de 2 en todos los componentes y por todos los evaluadores.

En general se puede decir que si bien el método utilizado para la validación de criterio no fue el convencional, la estrategia definida nos permitió apreciar una correlación muy fuerte entre lo percibido por la dirección de la red, con sus experiencias, vivencias y

conocimientos de la misma y los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba de campo de la HERSS.

### **Confiabilidad**

Las pruebas de confiabilidad se realizaron a las tres (3) secciones de la herramienta por separado, por así corresponder, ya que el constructo utilizado correlaciona los atributos esenciales de las RISS dentro de cada componente y con el conjunto de componentes en general, pero no correlaciona estos atributos en función de en qué sujetos serán aplicados (léase Directivos, Equipo de Salud y Usuarios).

Además las 3 secciones tienen variabilidad en los ítems planteados para la obtención de los datos, debido a que en su construcción se tuvieron en cuenta las diferencias obvias entre los tres (3) actores del sistema.

Es importante, para el análisis de confiabilidad, tener presente que en éste tipo de pruebas (test/retest), se produce consciente o inconscientemente un “proceso de aprendizaje” en los sujetos a los cuales se les aplica el test, lo que puede introducir un sesgo en el retest y que se visualiza en el grado de asociación entre una respuesta y otra del mismo sujeto a la misma pregunta (valor V de Cramer), por lo que hay que valorar si ese sesgo afecta o no la confiabilidad del instrumento desarrollado.

### **Validación de la consistencia interna (Alfa de Cronbach)**

#### **Directivos**

Teniendo en cuenta éstas apreciaciones se puede decir en relación a la sección de la HERSS elaborada para los Directivos, que en general la misma tiene una confiabilidad interna muy fuerte, con una Alfa de Cronbach de 0,92 calificándola como una herramienta “Muy Buena” para medir el desempeño de la red a través de los Directivos (Tabla N°8).

<b>Tabla N°8. Directivos. Alfa de Cronbach por componente</b>
---

	Test		Re test	
Componente 1	0,66	0,74 quitando 1 ítem	0,78	
Componente 2	0,82		0,79	
Componente 3	0,18	0,55 quitando 3 ítems	0,33	0,55 quitando 3 ítems
Componente 4	0,59	0,72 quitando 1 ítem	0,64	0,73 quitando 1 ítem
Total	0,83	0,89 quitando 5 ítems	0,84	<b>0,92</b> quitando 4 ítems

- 2 Organización Panamericana de la Salud. Salud de la población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. “La perspectiva canadiense”. [Internet]. 2000. p. 8. Disponible en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/can1.pdf> [consulta: 15 may 2015].
- 3 Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2007. Disponible en: [http://www1.Paho.Org/Spanish/Ad/Ths/Os/Aps\\_Spa.Pdf](http://www1.Paho.Org/Spanish/Ad/Ths/Os/Aps_Spa.Pdf) [consulta: 10 ene 2013].
- 4 Vilaça Mendes E. Las Redes de Atención de Salud. Cap. II. Las redes de atención de salud: revisión bibliográfica, fundamentos, concepto y elementos constitutivos. [Pág. 61 – 85]. Brasilia 2013.
- 6 López P, Alonso L, García A, Fernández I. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev. Cubana de Medicina General Integral [Internet] 2009; 25(4): [Pág. 86]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_25\\_4\\_09/mgi09409.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi09409.htm) [consulta: 10 may 2013].
- 7 López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milian AJ, Serrano Patten AC, Ramírez León LB. Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto ecuatoriano. Revista Cubana de Salud Pública [Internet] 2011. 37(2): [Pág. 127]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418849005>. [consulta: 5 de enero de 2015].
- 8 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. [Pág. 19]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes\\_integradas\\_servicios\\_salud-conceptos.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf) [consulta: 10 ene 2013].
- 9 Sbárbaro Romero M. Evolución Histórica de los Modelos y Sistemas Sanitarios en Uruguay. Su Impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Rev. Uruguaya de Enfermería. Vol. 10. N°1. [Pág. 67]. 2015. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/8/7>
- 10 Rocca JA. Los cuatro jinetes del Apocalipsis: el BID, el FMI, el BM y la OMC. Entrevista radial 2012-14 de marzo. Disponible en: <http://www.radio36.com.uy/entrevistas/2012/03/14/rocca.html> [consulta: 6 de enero 2015].
- 11 Parlamento Nacional. Ley Sistema Nacional Integrado de Salud N° 18.211 de 13 de diciembre de 2007. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/Leyes/Accessotextoley.Asp?Ley=18211> [consulta: 10 may 2013].
- 12 Nota del autor.
- 13 Stolorowicz B. El “posneoliberalismo” y la reconfiguración del capitalismo en América Latina (2011). Rev. de ensayos. Prohibido Pensar. Capitalismos de izquierda. Año I. N°2. Ed. HUM. Montevideo. 2014 [Pág. 18 - 19]
- 14 Stolorowicz B. “La reestructuración de la sociedad se complementa y legitima mediante la gestación de un microcorporativismo conservador de múltiples funciones: a) mantiene dispersos a los sujetos populares de la pugna distributiva, no cuestiona la distribución de la riqueza, pero permite gestionar limitados recursos para la sobrevivencia o para la convivencia; b) invisibiliza la desigualdad bajo la imagen de la diversidad pluralista, arropada, entre otros, por el mandato del multiculturalismo; c) no incide en las decisiones del sistema político ni del Estado pero es percibido como “participación” y “empoderamiento”. Es el instrumento para una cohesión social (“capital social”) que parecía imposible. 2014.
- 15 Parlamento Nacional. Ley de Presupuesto Nacional Período 2010 – 2014. N° 18.719. Art. 4°. Uruguay 2011. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/Leyes/Accessotextoley.Asp?Ley=18719&Anchor=> [consulta: 20 ene 2015].
- 16 Red Integral de Efectores Públicos de Salud. Plan Estratégico RIEPS 2014 – 2020. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/andocasociado.aspx?7343,38901> [consulta: 5 de enero de 2015].
- 17 Administración de los Servicios de Salud del Estado. Misión y Visión. [Internet]. 2014 Disponible en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_6882\\_1html](http://www.asse.com.uy/uc_6882_1html) [consulta: 6 enero 2015].
- 18 Ibid.
- 19 Tapscott D. 2011. En Vilaça Mendes E. Las Redes de Atención de Salud. Capítulo II. [Pág. 78]. OPS. Brasilia 2013.
- 20 García – Fariñas A, García – Rodríguez JF, Rodríguez – León GA, Galvez – González AM. ¿Constituye la integración en redes de servicios una estrategia efectiva para elevar la eficiencia de los sistemas de salud? Rev. Salud

En el componente tres (3), de Organización y Gestión se retiraron tres (3) preguntas, lo que permitió elevar la confiabilidad del mismo, aunque no se pudo lograr un nivel de aceptable ( $\alpha=0,55$ ). A pesar de ello se vio la necesidad de mantener el resto de las preguntas por dos motivos. Primero tiene que ver con que el Alfa de Cronbach no se elevaba sustancialmente si continuábamos quitando ítems, y segundo que las preguntas

---

en Tabasco. [Internet] 2011; 17(3): [Pág. 78]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48722325005> [consulta: 15 ene 2015].

- 21 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Op. Cit. [Pág. 31]
- 22 Benia W, Medina G. Construcción de una red continente: APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo, Uruguay. 2005 – 2009. En: Levcovitz E, Antonio G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. [Internet] 2011. [Pág. 126]. Disponible en: <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf> [consulta: 10 de may 2013].
- 23 Ibid. [Pág. 128]
- 24 Palom Izquierdo FJ. Círculos de Calidad. Teoría y Práctica [Pág. 32] Barcelona. Ed. Boixareu. 1987.
- 25 Deming WE. Calidad, Productividad y competitividad. La salida de la crisis. Cap. II. Principios para transformar la gestión en las empresas occidentales. [Pág. 20]. Ed. Díaz de Santos SA. Madrid. 1989
- 26 Deming WE. Calidad, Productividad y competitividad. La salida de la crisis. Cap. I. Reacción en cadena: calidad, productividad, reducción de costes, conquista del mercado. [Pág. 9]. Ed. Díaz de Santos SA. Madrid. 1989
- 27 Deming WE. Calidad, Productividad y competitividad. La salida de la crisis. Cap. II. Principios para transformar la gestión en las empresas occidentales. [Pág. 19]. Ed. Díaz de Santos SA. Madrid. 1989
- 28 Ibid.
- 29 Ishikawa K. ¿Qué es el Control Total de la Calidad? La modalidad japonesa. Cap. II. Características del control japonés. [Pág. 15]. Ed. Norma. Bogotá. 1986
- 30 Ibid [pág. 24]
- 31 Villar H. Gestión de Servicios de Salud. Cap. III Gestión de Calidad. [Pág. 359]. Montevideo. Ed. Zona Editorial. 2012
- 32 Ishikawa K. ¿Qué es el Control Total de la Calidad? La modalidad japonesa. Cap. IV. La garantía de Calidad. [Pág. 92]. Ed. Norma. Bogotá. 1986
- 33 Donabedian A. La calidad en la atención sanitaria. Rev. Calidad Asistencial [Internet] 2001; 16(1): [Pág. 29]. Disponible en: <http://www.fadq.org/portals/0/investigacion/monografico%20avedis%20parte.pdf>
- 34 Ibid
- 35 Ibid [Pág. 31]
- 36 Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. Cap. VIII Garantía de calidad en salud. [Pág. 179] Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2005
- 37 Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Rev Calidad Asistencial. Suplemento N°1 Vol. 16. [Pág. 100] Ed. Nexus AG. Barcelona. 2001
- 38 Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. Cap. VIII Garantía de calidad en salud. [Pág. 173] Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2005
- 39 Ibid [Pág. 174]
- 40 Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. Cap. VIII Garantía de calidad en salud. [Pág. 182] Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2005
- 41 Villar H. gestión de servicios de salud. Cap. III Administración de la producción de servicios de atención a la salud. gestión de calidad. [Pág. 358].Ed. Zona Editorial. Montevideo. 2002
- 42 Ibid. [Pág. 183]
- 43 Marco referencial para evaluar el desempeño del sistema de salud: comentarios sobre el marco de referencia y las propuestas para la próxima ronda de evaluación del desempeño. En: Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. [Internet]. 2011. Cap. 2. Disponible en: [http://200.47.45.37/siteint/capacitasalud/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=107&Itemid=4](http://200.47.45.37/siteint/capacitasalud/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=107&Itemid=4). [Consulta: 10 jun 2013].
- 44 García-Fariñas A, García Rodríguez J, Rodríguez-León G, Gálvez-González A. ¿Constituye la integración en redes de servicios una estrategia efectiva para elevar la eficiencia de los sistemas de salud? Salud en Tabasco [Internet] 2011; 17(3): [Pág. 72]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48722325005.pdf> [consulta: 10 may 2013].

que quedaron nos permitían obtener datos importantes para medir el desempeño de ese componente, datos a los cuales no podríamos acceder de otra forma.

En ese sentido el ítem N°70 que se retira, refiere a la existencia de algún tipo de equipo básico de salud en la red. En relación a esto destacamos que se les pregunta directamente a los trabajadores sobre la forma de trabajar y la existencia de equipos de

- 
- 45 Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* [Internet] 2000; 78(6): [Pág. 717]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/> [consulta: 10 may 2013].
- 46 Donabedian A. La calidad en la atención sanitaria: ¿De quién es la responsabilidad? *Rev. Calidad Asistencial* [Internet] 2001; 16(1): [Pág 108]. Disponible en: <http://www.fadq.org/portals/0/investigacion/monografico%20avedis%202parte.pdf>
- 47 Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. Cap. VIII Garantía de calidad en salud. [Pág. 183-184] Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2005
- 48 Ministerio de Salud Pública / OPS. El desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el Uruguay. [Pág. 17]. Ed. OPS. Montevideo. 2002
- 49 Hospedales J. Asesor Principal OPS. La diabetes muestra una tendencia creciente en las Américas. [Internet] 2012. Disponible en: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=467:la-diabetes-muestra-tendencia-ascendente-americas&Itemid=215](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=467:la-diabetes-muestra-tendencia-ascendente-americas&Itemid=215) [consulta: 18 set 2014].
- 50 I bid.
- 51 I bid.
- 52 Administración de los Servicios de Salud del Estado; Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud. Guías de práctica clínica de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE. [Pág. 11]. Montevideo. Ed. Prontográfica S.A. Nov. 2010
- 53 Ibid. [Pág. 9]
- 54 Pacheco - Dominguez L, Durán – Arenas L, Rojas – Russell ME, Escamilla – Santiago RA, López – Cervantes M. Diagnóstico de la enfermedad renal crónica como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México. [Internet] *Salud Pública México* 2011; 53(4): [Pág. 500]. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002689> [consulta: 18 ene 2015].
- 55 Bayarre H, Hosrsford R. Metodología de la investigación científica: protocolo de la investigación, contexto y clasificación de la investigación [Pág. 24]. [CD ROM]. En: Carnota O. Biblioteca Virtual para formación postgraduada de directivos del sector salud. La Habana: ENSAP; 2010.
- 56 Olivé E, Codorníu D, Álvarez L. La estrategia nacional de ciencia e innovación tecnológica de Cuba, instrumento del futuro. *Rev. Prospectiva Construyendo Futuro* [Internet]; 8 (5). Disponible en: [http://investigacion.politicas.unam.mx/semprospectiva/docs/r\\_estudiosfuturo2/revista/numero%208/construf/aplica/eunice.htm](http://investigacion.politicas.unam.mx/semprospectiva/docs/r_estudiosfuturo2/revista/numero%208/construf/aplica/eunice.htm) [consulta: 10 jul 2013].
- 57 Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. (2007) Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya. En: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. [Pág. 44]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes\\_integradas\\_servicios\\_salud-conceptos.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf) [consulta: 10 ene 2013].
- 58 Capote R. Método estadístico. Cap. VII Validación de instrumentos de medición. [Pág. 127]. La Habana. 2000.
- 59 Silva LC. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Cap. II [Pág. 2]. La Habana. 2000.
- 60 Wikipedia. Coeficiente de contingencia. [Internet]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Coeficiente\\_de\\_contingencia](https://es.wikipedia.org/wiki/Coeficiente_de_contingencia) [consulta: 10 set 2015].
- 61 De Arce R. Introducción a la econometría. Tablas de contingencia (Cross-Tab): buscando relaciones de dependencia entre variables categóricas. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet]. 2005. [Pág. 8]. Disponible en: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/economicas/rarce/pdf/tablas\\_contingencia.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/rarce/pdf/tablas_contingencia.pdf). [consulta: 10 set 2015].
- 62 Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Ed. Imprenta Fornara. Ginebra. 2006. Disponible en: [http://www.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/14\\_codigo\\_deontologico.pdf](http://www.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/14_codigo_deontologico.pdf) [consulta: 10 may 2013].

trabajo para el abordaje de los usuarios, por lo que el dato se levanta igualmente en la herramienta.

Otro ítem que se retira es el N°72 referido a la existencia de números determinados de usuarios por Equipos básicos de Salud. Éste ítem puede retirarse sin que afecte la herramienta, ya que el dato que aporta el ítem es recogido por la herramienta en forma directa, preguntándole a los trabajadores si ellos tienen un número determinado de usuarios bajo su responsabilidad. Se encuentra comprendida en la lógica de la herramienta de cruzar los conocimientos y percepciones de todos los actores del sistema.

El tercer (3er.) ítem que se retira (N°76), es el que indaga sobre la capacitación en redes para los trabajadores, dato que se levanta directamente con los trabajadores, por lo que el retiro del ítem no afecta lo que pretende medir el instrumento en general, ni éste componente en particular.

El componente referido a Asignación e Incentivos obtuvo un nivel de confiabilidad de “Aceptable” en el re test, con un Alfa de Cronbach de .73.

Destacamos que en éste componente también se retira un ítem, para darle mayor confiabilidad al mismo, y se vio que repercutió positivamente en la confiabilidad de la HERSS.

---

63 Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas – OMS. Pautas Éticas Internacionales Para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. [Pág. 8 - 10]. Ginebra. 2002. Disponible en: <http://www.investigacionclinicalatam.com/Portals/0/Regulaciones/CIOMS.pdf> [consulta: 10 may 2013].

64 Comisión de Bioética y Calidad de Atención. MSP. Investigación en seres humanos. Decreto 379/008. Disponible en: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto-investigacion-con-seres-humanos.pdf> [consulta: 15 set 2014].

65 Ibid

66 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. [Pág. 35]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes\\_integradas\\_servicios\\_salud-conceptos.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf) [consulta: 10 jul 2015].

El ítem (N°93) que se retira, refiere a la existencia de incentivos financieros a los trabajadores, dato que se releva directamente con ellos, por lo cual la herramienta en general no pierde el dato y éste componente en particular tampoco.

El componente 1 referido al Modelo Asistencial y el componente 2, obtuvieron un nivel de confiabilidad de “Bueno”, con un Alfa de Cronbach de 0.78 y 0.79 respectivamente, sin necesidad de tener que retirar ningún ítem.

### **Equipo de Salud**

En ésta sección, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.85 en el retest, lo que muestra una confiabilidad alta para evaluar el desempeño de la red a través de la visión de los trabajadores de la misma, colocando a la herramienta en ésta sección con un nivel de “Aceptable”. Tabla N°9.

<b>Tabla N°9. Equipos de Salud. Alfa de Cronbach por componente</b>				
	<b>Test</b>		<b>Re test</b>	
Componente 1	0,71		0,73	
Componente 2	0,63		0,8	
Componente 3	0,65	0,71 quitando 1 ítem	0,57	0,52 quitando 1 ítems
Componente 4	0,4	0,75 quitando 1 ítem	0,2	0,5 quitando 1 ítem
Total	0,82	0,85 quitando 2 ítems	0,83	<b>0,85</b> quitando 2 ítems

El estudio desagregado muestra que de los cuatro componentes dos de ellos no alcanzan niveles de “Aceptable” en el retest, ellos son el componente número tres de Organización y Gestión, y el número cuatro relacionada al financiamiento del sistema (Asignación e Incentivos).

El componente tres (Organización y Gestión) arrojó en la aplicación en campo del retest un valor de confiabilidad bajo ( $\alpha = 0,52$ ), valor muy inferior al obtenido en la primer aplicación del test en campo ( $\alpha = 0,71$ ), no logrando éste componente un nivel de “Aceptable”, aun retirando del mismo un ítem.

Se destaca que la prueba de confiabilidad muestra que hay un ítem que retirándolo elevaría el Alfa de Cronbach a niveles de “Aceptable” (Nº 75), pero se decide dejarlo en la herramienta, ya que el mismo releva la existencia de formación en trabajo en redes, dato más que importante por entender las redes para poder trabajar en ellas.

Por otro lado, como se muestra en la Tabla Nº9, el componente cuatro aún eliminándole un ítem mantiene un valor de Alfa de Cronbach de 0,5 valor muy inferior al obtenido en el mismo componente en la primer aplicación del test ( $\alpha = 0,75$ ).

Es importante tener en cuenta que éste componente presenta solamente tres (3) ítems, lo cual podría estar determinando los valores del Alfa de Cronbach. Por ésta misma razón se decidió no quitar más ítems de la herramienta, porque los dos restantes son importantes para poder tener una referencia de éste componente.

Aunque el componente no logró una confiabilidad aceptable, el mismo aporta a la confiabilidad global de la herramienta en la sección Directivos, sumando para elevar levemente el Alfa de Cronbach global.

Se destaca que el dato que aporta el ítem que se retira (el Nº 101 referido a la existencia de control de costos), no se pierde ya que está incluido en la sección de Directivos en donde se pesquisa la existencia de un sistema de control de costos en la RAP Canelones Este (ítem Nº 93).

Por otra parte, los componentes de Modelo Asistencial y Gobernanza y Estrategia resultaron con valores de “Aceptable” y “Bueno” en el retest de la prueba de campo, con valores de Alfa de Cronbach de 0,73 y 0,8 respectivamente.

### **Usuarios**

La confiabilidad global de ésta sección de la herramienta quedó con un valor alto, arrojando en la aplicación del retest en la prueba de campo con un nivel de “Bueno” dado por un Alfa de Cronbach de 0,85. Tabla Nº10.



<b>Tabla N°10. Usuarios. Alfa de Cronbach por componente</b>			
	<b>Test</b>		<b>Re test</b>
Componente 1	0,8		0,8
Componente 2	-20	0,18 quitando 2 ítems	0,52
Componente 3	0,34		0,66
Total	0,79	0,8 quitando 2 ítems	<b>0,85</b>

En el análisis desagregado de los componentes, éstos mostraron una debilidad en ésta sección, dada por valores que no llegan a los aceptables en dos de tres componentes.

Los componentes de Gobernanza y Estrategia, y de Organización y Gestión arrojaron valores de Alfa de Cronbach de 0,52 y 0,66 en la prueba de campo, que si bien fueron superiores en el retest, no alcanzan los valores requeridos.

Se destaca que el análisis de confiabilidad mostró que no existen ítems que pudieran elevar el Alfa de Cronbach a niveles de “Aceptable”, por lo que se mantienen todos los ítems teniendo en consideración que a nivel global ésta sección muestra, como dijimos, un nivel de “Bueno” para medir el desempeño de la red a través de la perspectiva de los usuarios.

El componente referido al Modelo Asistencial muestra un nivel de “Bueno” con un Alfa de Cronbach de 0,8, tanto en el test como en el retest de la prueba de campo. Esto le da a éste componente un valor de confiabilidad alto para medir el desempeño del componente en particular.

### **V de Cramer**

El análisis realizado con el estadístico V de Cramer a la sección de los Directivos muestra que el 78% de los casos presentan una correlación significativa, mayor a 0,3, de Media y Muy Alta dependencia. Tabla N°11

Del total de casos estudiados el 22,1% muestran Poca dependencia, lo que se condice con un leve cambio del Alfa de Cronbach, favoreciendo su coeficiente.

Esto podría deberse al efecto de “aprendizaje”, que en el sector de los Directivos, tiene mayor fuerza, ya que el cuestionario ejerce un efecto de auto formación en aquellos que tienen la responsabilidad de dirigir la red. Esto se puede apreciar en los componentes 1 y 4 en donde el Alfa de Cronbach tuvo un leve aumento que repercutió en la confiabilidad final de ésta sección.

<b>Tabla N°11. DIRECTIVOS. Correlación intra sujeto por Componente (estadístico V de Cramer)</b>								
	Poca Dependencia		Media Dependencia		Muy Alta Dependencia		Alfa de Cronbach	
	FA	FR%FA	FR%	FR%	FA	FR%	test	retest
Componente 17		22,6	18	58,1	6	19,3	.74	.78
Componente 23		18,8	10	62,6	3	18,8	.82	.79
Componente 35		31,3	6	37,5	5	31,3	.55	.55
Componente 40			4	80	1	20	.72	.73
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>22,1</b>	<b>38</b>	<b>55,9</b>	<b>15</b>	<b>22,1</b>	<b>.89</b>	<b>.92</b>

Cabe destacar que hubieron 17 ítems a los cuales no se pudo calcular el estadístico V de Cramer, once (11) en el componente 1, uno (1) en el componente 2, cuatro (4) en el componente 3 y uno (1) en el componente 4.

Cabe mencionar que en éstos casos se analizaron los datos crudos obtenidos en test y retest y se detectó que las respuestas son idénticas en ambas instancias, por lo que la tabla de contingencia sobre la cual se calcula el estadístico V de Cramer, basado en el Chi cuadrado, no nos permite el cálculo ya que una de las variables presenta una única categoría.

El análisis particular permitió observar que todos los entrevistados respondieron lo mismo en las dos oportunidades, por lo que no se pueden obtener los coeficientes de correlación. En ese sentido y dado los valores obtenidos en las dos pruebas, se considera que son mediciones confiables, ya que en las dos instancias se obtuvieron las mismas respuestas.

En relación al análisis realizado con el estadístico V de Cramer a la sección del Equipo de Salud, se observa que el 77% de los casos presentan una correlación significativa, mayor a 0,3, resultando dicha correlación de Media y Muy Alta dependencia.

<b>Tabla N°12. EQUIPO DE SALUD. Correlación intra sujeto por Componente (V de Cramer)</b>								
	Poca Dependencia		Media Dependencia		Muy Alta Dependencia		Alfa de Cronbach	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	Test	Retest
Componente 1	9	28,1	19	59,4	4	12,5	.71	.73
Componente 2	4	21,1	15	78,9	0		.63	.80
Componente 3	6	17,6	19	55,9	9	26,5	.71	.52
Componente 4	1	50	1	50	0		.75	.50
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>54</b>	<b>62,1</b>	<b>13</b>	<b>14,9</b>	<b>.85</b>	<b>.85</b>

Surge del estudio realizado que el 23% muestra Poca dependencia, pero sin afectar el coeficiente de Alfa de Cronbach general, como lo muestra la Tabla N°12.

Esto se explica por el aumento de los valores de confiabilidad de los componentes 1 y 2, en los cuales se reflejan coeficientes de correlación bajos del 28,1% y 21,1%, los cuales explicarían un cambio del Alfa de Cronbach en forma positiva.

Y por otro lado los componentes 3 y 4 muestran el efecto contrario, los coeficientes de correlación obtenidos en ellos explican un cambio en el coeficiente del Alfa de Cronbach de los mismos, pero disminuyendo su confiabilidad.

En cuanto al análisis realizado con el estadístico V de Cramer a la sección de Usuarios, se observa que el 80% de los casos presentan una correlación significativa, de Media y Muy Alta dependencia, superior al valor 0,3. Tabla N°13

<b>Tabla N°13. Usuarios. Correlación intra sujeto por Componente (V de Cramer)</b>								
	Poca Dependencia		Media Dependencia		Muy Alta Dependencia		Alfa de Cronbach	
	FA	FR%FA	FR%	FR%	FA	FR%	Test	Retest
Componente 1	10	22,2	17	37,8	18	40	.8	.8
Componente 2		66,7	0		1	33,3	.18	.52
Componente 3		20	8	53,3	4	26,7	.34	.66
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>41,7</b>	<b>23</b>	<b>38,3</b>	<b>.8</b>	<b>.85</b>

Como se muestra la Tabla XVIII, el componente 2 presenta una correlación con un índice menor a 0.3 del 66,7%, lo que afecta fuertemente al coeficiente del Alfa de Cronbach, pero de manera positiva, lo mismo ocurre con el componente 3. Cabe acotar que si bien los valores porcentuales son altos, las frecuencias absolutas son relativamente bajas, por lo que podría explicar la poca variabilidad del Alfa de Cronbach a nivel global.

Por otra parte en ésta sección hubieron 25 ítems a los cuales no se pudo calcular el estadístico V de Cramer, diecinueve (19) en el componente 1, tres (3) en el componente 2 y tres (3) en el componente 3.

Al realizar el análisis de los datos crudos obtenidos en test y re-test y se detectó que 22 de las respuestas fueron idénticas en ambas instancias, por lo que la tabla de contingencia sobre la cual se calcula el estadístico V de Cramer, basado en el Chi cuadrado, no nos permitió el cálculo por presentar una única categoría. En ese sentido y

dado los valores obtenidos en las dos pruebas, se considera que son mediciones confiables, ya que en las dos instancias se obtuvieron las mismas respuestas.

Por otra parte, las respuestas de los tres (3) ítems restantes, no guardan relación alguna entre ellas y no se encontró otra explicación diferente a que las personas entrevistadas simplemente cambiaron sus respuestas. Si bien esta situación no explica porque no se pudo calcular el coeficiente V de Cramer, si nos permitió ver que no existe una correlación significativa entre las respuestas.

De igual forma se puede observar que dos de esas preguntas requieren de memoria por parte de los respondientes, y como señalamos anteriormente, se trata de personas adultos mayores, lo que podría llevar a la situación planteada de cambio de respuestas.

Las preguntas eran:

12.- Cuando necesita un control de salud en la policlínica, ¿Cuánto tiempo transcurre entre que pide fecha y hora, y el momento de la consulta?

13.- Cuando necesita una consulta con un especialista, ¿Cuánto tiempo transcurre entre que pide fecha y hora, y el momento de la consulta?

La restante pregunta no se ubica en ésta categoría, y es la siguiente:

62.- ¿En los servicios de salud que usted concurre cuando consulta a un especialista o cuando se hospitaliza, tienen una historia clínica diferente a la de la policlínica?

En este sentido la alternativa implementada se orientó a realizar un adiestramiento particular a los entrevistadores, de manera de intentar armonizar la interpretación y explicitación del ítem.

En general se puede decir que el análisis del estadístico V de Cramer explicó las variables en la confiabilidad de la herramienta (HERSS) obtenidas a través del coeficiente de Alfa de Cronbach.

## **CAPÍTULO V**

### **5.1. CONCLUSIONES**

Ésta investigación culminó con una tecnología específicamente diseñada para evaluar el desempeño de los servicios sanitarios basados en redes integradas, a través de la percepción y el conocimiento de los directivos, los trabajadores y los usuarios de la misma (Anexo 12). La misma se enmarca en el paradigma de la garantía de calidad en salud, entendiendo la necesidad de que los servicios prestados logren un máximo beneficio a las poblaciones, con el menor riesgo posible, y a los menores costos; involucrando a los directivos, trabajadores y usuarios del sistema en el control de la calidad.

Los resultados de ésta investigación corroboran que el instrumento reúne los requisitos de validez y confiabilidad exigidos para su empleo en la evaluación de desempeño de los efectores de la Red de Atención del Primer Nivel de Canelones Este de ASSE; por otra parte se recomienda la realización del análisis factorial para conocer el grado de ajuste del instrumento con el marco teórico de partida.

Los resultados de la validez de contenido obtenidos son en sí mismo un importante indicador de su valor, permitiendo realizar una discusión crítica del constructo del cual se parte confrontándolo con la realidad de las redes estudiadas.

La confección de los ítems responde a una conceptualización de variables y a una estructura de componentes, que se encuentran en correspondencia con dimensiones teóricas definidas como esenciales para el funcionamiento de los sistemas sanitarios basados en el enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud.

La tecnología desarrollada (HERSS), suple en alguna medida la carencia en el ámbito de la investigación sanitaria nacional y regional, de instrumentos razonables y sencillos para la evaluación del desempeño de las redes sanitarias basadas en un enfoque RISS. Además ofrece a los gestores de los sistemas sanitarios de niveles estratégicos, meso y macro, una herramienta metodológica fiable refrendada por un Alfa de Cronbach de 0.91, que les aportará datos sobre el sistema de salud de Uruguay en el marco de la reforma en el sector.

Ésta tecnología además es una herramienta útil y práctica, que permite en el marco de un enfoque da garantía de calidad, diagnosticar fácilmente el estado de la red y poder planificar las acciones correctivas correspondientes.

Asimismo es un instrumento factible de aplicar, en la medida que permite obtener fácilmente la información requerida. El hecho de que se necesitan costos muy bajos para su aplicación y comparándolo con los resultados que se pueden obtener, convierten a la HERSS en una herramienta de alta eficiencia.

En resumen se puede decir que está a disposición una nueva herramienta válida y fiable, que adecuándola a cada sistema permite evaluar el desempeño, en el marco de procesos de garantía de calidad, de las redes sanitarias con enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud, basadas en la estrategia de APS.

## CAPÍTULO VI

### 6.1. BIBLIOGRAFÍA

- .- Barragán Becharra JC, Riaño Casallas MI, Martínez M. Redes Integradas de Servicios de Salud: hacia la construcción de un concepto. Rev. Univ. Salud [Internet] 2012. 14 (2): 186 – 196. Disponible en: <http://revistasalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2013/04/Redes.pdf> [consulta: 8 ene 2015].
- .- Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
- .- López Puig P, Alonso Carbonell L, Fernández Díaz I, Ramírez Albajés C, Segredo Pérez A, Sánchez Barrera O. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet] 2011; 27(4): 421-34. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252011000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252011000400001&lng=es). [Consulta: 21 ene 2013].
- .- Martínez Trujillo N. La ética y la investigación en enfermería. Rev. Cubana Enfermería [Internet] 2010; 26(1): 18-29. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26\\_1\\_10/enf060110.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf060110.pdf) [consulta: 10 ene 2013].
- .- Mendes EV. Las Redes de Atención de Salud. OPS / Representación Brasil. [Internet] 2011; Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es) [consulta: 10 abril 2015].
- .- Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Disponible



en: [www.msp.gub.uy/noticia/libro-transformar-el-futuro-metas-cumplidas-y-desafios-renovados-en-el-sistema-nacional](http://www.msp.gub.uy/noticia/libro-transformar-el-futuro-metas-cumplidas-y-desafios-renovados-en-el-sistema-nacional) [consulta: 10 oct 2012].

.- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. [Internet]. 2002. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/fesp\\_salud\\_publica\\_en\\_las\\_americas.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/fesp_salud_publica_en_las_americas.pdf) [Consulta: 10 ene 2013].

.- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Normas éticas OPS/OMS para investigaciones con sujetos humanos. [Internet]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/res-pahoerc.htm> [consulta: 10 ene 2013].

.- Rovere M. Redes en salud: los grupos, las instituciones y la comunidad. 2da. ed. Córdoba, Argentina: El Ágora; 2006.

.- Silva B. Salud, protección social y desarrollo económico: el desafío de la sustentabilidad de los sistemas sanitarios. En: 5to Congreso de Economía de la Salud en América Latina y el Caribe; Montevideo; 14-16 nov 2012. Montevideo: ASSE; 2012. Disponible en: <http://www.aesuruguay.org.uy/jornadas/vc/presentaciones/Beatriz%20Silva%20ASSE.pdf> consulta: 10 ene 2013].

.- Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.