



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

ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE REDES INTEGRADAS EN SALUD EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE URUGUAY

Autor:
Lic. Esp. Sebastian García Guastavino

Tutor:
Prof. DrCs Milton Sbarbo Romero

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

Montevideo, 2022

Hoja de Aprobación

Agradecimientos

El reconocimiento se extiende a todos los vínculos personales que me han apoyado y acompañado en este proceso, principalmente a los integrantes de mi núcleo familiar de sangre y del corazón.

A los compañeros y las compañeras de ruta laboral y académica.

Abreviaturas y Siglas.

APS: Atención Primaria En Salud

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNA: Primer Nivel de Atención

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS: Seguro Nacional de Salud

SS: Servicios de Salud

SAD: Sociedad Americana de Diabetes

Resumen.

Hace ya alrededor de 15 años que el Sistema de Salud uruguayo realizó un cambio en su Modelo de Gestión, Financiamiento y Atención; y en este contexto uno de los cambios preponderantes fue la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en la independencia ejecutiva como administrador de cuidados.

Junto a esto, el Estado adoptó trabajar con la estrategia de Redes Integradas de Servicios en Salud (RISS), como una forma de paliar la fragmentación y segmentación del sistema.

Esta estrategia requiere de una evaluación de sus componentes para conocer y vigilar el desempeño, principalmente ya que OPS reconoce que en Uruguay existe una limitación de “ausencia de indicadores para la evaluación y monitoreo de los servicios”.

Para apoyar la toma de decisiones como gestores de salud, debemos conocer este desempeño en el marco de la mejora continua de la calidad asistencial de una red sanitaria.

Es así que el investigador se propuso realizar un análisis crítico del desempeño del modelo de atención de una red sanitaria en el subsector público de Uruguay a través de la visión de los usuarios, mediante un estudio de tipo cuantitativo, teniendo un diseño descriptivo de corte transversal.

El estudio se viabilizó a través del uso de una base de datos confeccionada a partir de tres estudios que aplicaron el Procedimiento para Evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios Públicos de Salud del Primer Nivel de Atención en el contexto uruguayo.

A modo general: los resultados encontrados muestran Índices de Desempeño bajos para dos (de las tres) redes estudiadas y en la red perteneciente al Departamento de Montevideo Índices parcialmente alto.

Palabras clave: Redes Integradas de Salud, Sistemas de Salud, Evaluación de Calidad.

Summary.

About 15 years ago the Uruguayan Health System made a change in its Management, Financing and Care Model; and in this context one of the preponderant changes was the decentralization of the State Health Services Administration (ASSE), in executive independence as care manager.

Along with this, the State adopted to work with the strategy of Integrated Networks of Health Services (RISS), as a way to alleviate the fragmentation and segmentation of the system.

This strategy requires an evaluation of its components to know and monitor performance, mainly since PAHO recognizes that in Uruguay there is a limitation of "absence of indicators for the evaluation and monitoring of services."

To support decision-making as health managers, we must know this performance within the framework of the continuous improvement of the quality of care of a health network.

Thus, the researcher set out to carry out a critical analysis of the performance of the care model of a health network in the public subsector of Uruguay through the users' vision through a quantitative study, having a descriptive cut-off design. cross.

The study was made possible through, the use of a database made from three studies that applied the Procedure to Evaluate the performance of Integrated Networks of Public Health Services of the First Level of Care in the Uruguayan context.

In general: the results found show low Performance Indices for two (of the three) networks studied and partially high Indices in the network belonging to the Department of Montevideo.

Keywords: Integrated Health Networks, Health Systems, Quality Assessment.

Resume.

Há cerca de 15 anos o Sistema de Saúde do Uruguai fez uma mudança em seu Modelo de Gestão, Financiamento e Atenção; e neste contexto uma das mudanças preponderantes foi a descentralização da Administração Estatal de Serviços de Saúde (ASSE), em independência executiva como administradora de cuidados.

Junto a isso, o Estado adotou a estratégia de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), como forma de amenizar a fragmentação e segmentação do sistema.

Essa estratégia requer uma avaliação de seus componentes para conhecer e monitorar o desempenho, principalmente porque a OPAS reconhece que no Uruguai há uma limitação de "ausência de indicadores para avaliação e monitoramento dos serviços".

Para subsidiar a tomada de decisão como gestores de saúde, devemos conhecer essa atuação no quadro da melhoria contínua da qualidade do cuidado de uma rede de saúde.

Assim, a pesquisadora se propôs a realizar uma análise crítica do desempenho do modelo assistencial de uma rede de saúde no subsetor público do Uruguai através da visão dos usuários por meio de um estudo quantitativo, com um desenho de corte descritivo.

O estudo foi viabilizado por meio da utilização de um banco de dados formado a partir de três estudos que aplicaram o Procedimento para Avaliar o desempenho das Redes Integradas de Serviços Públicos de Saúde do Primeiro Nível de Atenção no contexto uruguaio.

Em geral: os resultados encontrados mostram Índices de Desempenho baixos para duas (das três) redes estudadas e Índices parcialmente altos na rede pertencente ao Departamento de Montevideú.

Palavras-chave: Redes Integradas de Saúde, Sistemas de Saúde, Avaliação da Qualidade.

Tabla de Contenidos

Agradecimientos	-----	Pág. 1
Siglas y Abreviaturas	-----	Pág. 2
Resumen	-----	Pág. 3
Tabla de Contenidos	-----	Pág. 7
Introducción	-----	Pág. 8
Pregunta Problema y Objetivos	-----	Pág. 11
Fundamentos Teóricos	-----	
a) Antecedentes	-----	Pág. 12
b) Marco Teórico	-----	Pág. 16
Metodología	-----	Pág. 39
Resultados	-----	Pág. 47
Discusión	-----	Pág. 56
Conclusiones	-----	Pág. 65
Referencias Bibliográficas	-----	Pág. 67
Anexos	-----	Pág. 81

Introducción

Hace más de una década que el Estado Uruguayo decidió reformular el sistema de salud, creando así el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual se enfoca en “ampliar el acceso, mejorar la equidad y la cobertura de la sociedad al sistema sanitario” [1], jerarquizando la “estrategia de Atención Primaria en Salud y priorizando la atención de salud en el Primer Nivel de Atención” [2]. De esta forma la estrategia sanitaria se aboca a la prevención de enfermedades y promoción de la salud de toda la sociedad.

Este cambio se produce en un contexto internacional donde varios países se encontraban discutiendo diversas formas de implementación de modelos y estrategias de salud pública, y otros evaluando las recientemente implementadas.

Este escenario se gestó por una serie de acuerdos promovidos por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en la región de las Américas, donde a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se implementan los diversos cambios.

Es así que OPS pone en marcha instancias para redefinir su posición sobre el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y sus resultados sanitarios [3].

En este contexto la OPS, en octubre de 2009, promueve la iniciativa de ***Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*** [4] como estrategia para abordar la fragmentación y segmentación de los servicios de salud.

Este fenómeno de la fragmentación y segmentación de los servicios de salud se manifiesta, a entender del investigador, de forma negativa, traducándose en “dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos” [5].

Si bien las decisiones políticas y las líneas de acción del principal agente promotor en salud, el Ministerio de Salud Pública (MSP), se han enfocado –por lo pronto en sus textos- a mejorar la equidad, acrecentar el acceso a los servicios de salud y optimizar la cobertura, persiste al día de hoy en la realidad una brecha generada por el impacto negativo del fenómeno de la fragmentación.

A nivel mundial, en la actualidad, existen múltiples modelos organizacionales de RISS, debido a la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, interpretando así que no es posible establecer un único modelo.

Esto determina que las RISS requieran de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento.

Los atributos esenciales de RISS planteados por OPS se clasifican según el ámbito de abordaje en: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión, y Asignación e Incentivos.

La estrategia RISS al igual que otros modelos de atención sanitaria requiere de una evaluación permanente de los componentes que la integran para medir su desempeño y el consiguiente impacto socio-sanitario.

En Uruguay, la OPS reconoce la limitación de “ausencia de indicadores para la evaluación y monitoreo de los servicios” [6].

Para contribuir a la mejora continua del sistema, es imperioso establecer evaluaciones que aporten insumos para la toma de decisiones de los gestores en salud, en el marco de la mejora continua de la calidad asistencial de una red sanitaria.

Por consiguiente, la presente investigación buscó conocer y analizar el comportamiento de una red integrada de salud, aplicada al *modelo de atención* en el subsector público de

Uruguay, correspondiente a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que brindan servicio a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2).

Con el desarrollo de la investigación se obtuvo un producto de relevancia científico sanitario; por un lado aportó insumos para evaluar la continuidad asistencial en este grupo de usuarios, y además el análisis crítico del funcionamiento de las redes; tomando el antecedente de la existencia de un Procedimiento para Evaluar el Desempeño de Redes [7], diseñado y validado por el Departamento de Administración de Servicios de Salud, Facultad de Enfermería en la Universidad de la República (UR).

Pregunta problema

¿Cómo es el comportamiento de algunas Redes Integradas de Servicios de Salud del subsector público del SNIS, analizado desde el desempeño del componente Modelo Asistencial, desde la perspectiva de los usuarios?

Objetivos

Objetivo General

- ▯ Realizar un análisis comparativo del desempeño del modelo de atención de las redes sanitarias en el subsector público de Uruguay a través de la visión de los usuarios.

Objetivos Específicos

1. Realizar una búsqueda bibliográfica y documental sobre el desempeño de las redes sanitarias; así como de la normativa de Uruguay relativa al modelo de atención del sistema sanitario.
2. Realizar la medición del Índice del Desempeño del Componente de las Redes.
3. Clasificar el Desempeño de las redes.
4. Analizar críticamente el desempeño de una red perteneciente al Departamento de Rivera.
5. Analizar críticamente el desempeño de una red perteneciente al Departamento de Canelones.
6. Analizar críticamente el desempeño de una red perteneciente al Departamento de Montevideo.

Fundamentos Teóricos.

A) Antecedentes.

Para la revisión bibliográfica y documental del estado situacional del problema abordado se realizó una revisión, a través de la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería (BVSENF), con resultados en la base de datos de Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS) y Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE).

Se utilizó el idioma español, inglés y portugués; con los siguientes descriptores: “redes en servicios de salud”, “desempeño”, “evaluación de servicios de salud”, “garantía de calidad de atención de salud”, “RISS”, “sistemas nacionales de salud”.

Se tomaron en cuenta los artículos posteriores a octubre de 2009, fecha en que el 49° Consejo Directivo de la OPS aprueba la resolución sobre RISS.

La revisión mostró que existe una marcada escasez de publicaciones científicas publicadas, a nivel regional y nacional, respecto a la evaluación de las redes integradas de servicios de salud. No obstante, se destaca la iniciativa de algunos profesionales de la salud que han comenzado a introducirse en el campo de la salud pública, generando una herramienta para la medición del desempeño de las redes integradas.

Nº	País	Autor	Título trabajo y año
1	Brasil	Araujo, Daiana	Evaluación del desempeño de las redes de atención de salud: una propuesta de indicadores; 2011
2	Uruguay	Sbárbaro, Milton	Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud; 2016.

A nivel regional un artículo a cargo de Daiana Araujo de la Universidad de Brasilia (Brasil) titulado **“Evaluación del desempeño de las redes de atención de salud: una propuesta de indicadores”** concluyó que *“a pesar de las experiencias internacionales de evaluación de desempeño de los sistemas de atención integrados, es necesario el uso de modelos de evaluación adaptados al sistema de salud y a la situación epidemiológica”*... Además si bien reconoce que existe una limitación derivada de la disponibilidad de los datos con un alcance para las regiones de salud, *“la tecnología de la información y la utilización de indicadores en la evaluación de desempeño de las Redes de Atención de Salud son elementos de apoyo que posibilitan la integración entre los puntos de atención y un análisis de la atención a las prerrogativas de la integralidad de la atención con vistas a la nueva situación epidemiológica. Elementos señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de las acciones principales de un plan estratégico de cambio en los sistemas de atención a la salud”*. [8]

Por lo tanto se refuerza que *“el monitoreo y evaluación en la gestión pública necesitan estar debidamente amparados en un conjunto de indicadores que traduzcan la situación*

del sistema de salud”... para lograr un adecuado análisis y de esa forma “ayudar a los gestores en la toma de decisiones en lo que se refiere a la adecuación de la red, la infraestructura, la calidad de la atención, el acceso a los servicios. A la efectividad y a la continuidad de la asistencia garantizando la integralidad de la atención”.

A nivel nacional el trabajo del Prof. Adj. Mg. Milton Sbárbaro de Facultad de Enfermería – UdelaR, Montevideo (Uruguay) titulado **“Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud”** pone de manifiesto que en Uruguay existe una ausencia de herramientas que posibiliten la evaluación del desempeño de las redes sanitarias.

Particularmente nos acerca respecto a que *“publicaciones realizadas por OPS en Uruguay expusieron como carencia en la construcción del nuevo sistema de salud, la ausencia de indicadores para la evaluación y monitoreo de los servicios”*, concretándose la necesidad de investigar la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud. [9]

Su trabajo constituye la construcción de 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 red.

Esta herramienta se enmarca en el modelo de 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”*. [10]

Es así que se destaca que *“Los resultados de ésta prueba de campo corroboran que el instrumento reúne los requisitos de validez y confiabilidad exigidos para su empleo en*

la evaluación de desempeño de la red de efectores públicos estudiada... Éste instrumento les aportará datos confiables sobre la red en el marco de los necesarios procesos de cambio en el sector salud, adecuando el mismo a cada sistema en particular”. A su vez “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”. [11]

B) Marco Teórico

Redes integradas de Servicios de Salud. Contexto regional OPS

Para introducirnos en el terreno de los sistemas de salud, el investigador hace acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entendiendo a los sistemas de salud (SS) como *“el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”* [12]. Los Sistemas de Salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

La historia y el contexto socio-económico-político de cada país definirán las características específicas de cada Sistema de Salud.

Es así que la historia de la creación y desarrollo de los Sistemas de salud en la Región están estrechamente relacionados con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, surgido a comienzos del siglo XX.

Claramente, a diferencia de modelos europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que ocasionó un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud.

Este fenómeno condujo a una mayor segmentación y fragmentación del desempeño de los subsistemas.

Esta fragmentación de los Sistemas de Salud fue estudiada y analizada desde los diferentes componentes del sistema; entendiendo que ésta puede generar dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e

ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. La fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema.

Desde una perspectiva general del sistema la fragmentación se evidencia como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado. Un ejemplo concreto es la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención y el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada.

Desde la mirada de los usuarios del sistema, ésta se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Ejemplos concretos comprenden la demanda reprimida, las listas de espera, las derivaciones tardías, la necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad.

Sumado a esto, existe un importante cambio del perfil demográfico de la población, dentro de los cuales se destaca el envejecimiento de la población lo cual conlleva a un aumento de patologías crónicas y la comorbilidad que pone en desafío la capacidad de respuesta de los servicios. Además algunos servicios aún enfrentan la coexistencia de problemas asociados a la pobreza y la exclusión social.

En un análisis detallado del cambio de estrategia para abordar situaciones en salud, se evidencia que desde los inicios de la década del 2000 la OPS desarrolla una serie de intervenciones para realizar dicha transformación. Es así que el 42° Consejo Directivo

(Año 2000) OPS insta a medir el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) con el objetivo de *“fortalecer la infraestructura de salud pública y para elaborar programas destinados al desarrollo institucional que conduzcan a un mejoramiento del ejercicio de la salud pública, cuyos avances puedan ser evaluados periódicamente a través de la medición del desempeño de las FESP”* [13].

Con motivo del 25° aniversario de la Conferencia de Alma Ata, la OPS decidió examinar los valores y principios que inspiraron la Declaración de Alma Ata. Este trabajo comenzó en el año 2003 con el objetivo de formular futuras orientaciones estratégicas y programáticas en Atención Primaria de Salud (APS).

Posteriormente, ya introducidos en el análisis de la renovación de la Atención Primaria en Salud, para mejorar los problemas de salud de la población, OPS/OMS da a conocer un Documento titulado **“La Renovación de la Atención Primaria en Salud e las Américas” (Año 2007)** donde deja de manifiesto que el propósito de esta estrategia 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”* [14].

La OPS hace hincapié respecto a que *“los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas”* [15].

De esta forma dicha Organización defiende la importancia del trabajo de los sistemas de salud con enfoque de APS como una postura de disminuir costos sociales, poniendo de manifiesto en el documento que estudios internacionales sugieren que *“en igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen*

costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la APS” [16].

Además, comprometen a los sistemas de salud ya que necesitarán evidencia más completa por lo que *“habrá que invertir adecuadamente en la evaluación y documentación de las experiencias que permitan el desarrollo, la difusión y la adaptación de las mejores prácticas” [17].*

La constante revisión de los conceptos sobre el trabajo en APS sumado a la situación de los Servicios de Salud, generaron un contexto propicio para que hacia **el año 2010, OPS lanzara la iniciativa de trabajar en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)** como forma de trabajar en sistemas integrales que den respuestas a la situación crítica de los Servicios de Salud en la región de América Latina.

Existen diferentes modelos y definiciones de este trabajo de sistemas integrales, en ellos se reafirma que la idea de que las redes integradas *“surgieron para dar respuesta a la fragmentación, ineficiencia e inequidad”* en que los mismo se habían sumergido.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como: *“una red de organizaciones que presta, o hace los 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” [18].*

El propósito de OPS al propulsar la iniciativa RISS fue *“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” [19].*

Los gobiernos de la región implementaron parte de estas iniciativas, desarrollando ciertas transformaciones dentro de los sistemas de salud, ya sea parcialmente a nivel nacional o en algunas localidades como experiencias pilotos del trabajo en red, o en algunos casos se introdujeron reformas desde la base del sistema sanitario.

Sistema Nacional Integrado de Salud.

La situación deficitaria de los sistemas de salud y del contexto social que atravesó la región, dio inicio a diversos acuerdos entre los gobiernos y los grandes organismos financieros pautando convenios como el “Programa de reforma del sector salud. BID – ROU, 2001” entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Gobierno Uruguayo.

De esta forma se asumió el compromiso de perfeccionar el marco regulatorio del sistema sanitario, estrategia que brindaría la sustentabilidad de todas las instituciones del sistema sanitario. Se incentivó la vigencia de un modelo asistencial con énfasis preventivo y promocional, además de crearse una nueva estructura ejecutiva, dentro del MSP con la responsabilidad de la supervisión y fiscalización de todas las instituciones que dan cobertura y provisión en la atención de salud a la población.

El fortalecimiento del subsistema privado de salud es otra línea de acción, con el objetivo de estabilizar financieramente a dichas instituciones.

Otro acuerdo con el BID (2005) consolidaron las políticas macro para el país, a través del documento “Banco Interamericano de Desarrollo: Estrategia de país del Banco con Uruguay 2005-2009”, dejando en claro que el Estado debe fortalecer su rol regulatorio, instrumentando una infraestructura que mejore la competitividad, el clima de negocios.

Posteriormente, en el año 2006 se firmó un acuerdo entre el gobierno uruguayo y la OPS/OMS: “Estrategia Cooperación País, Uruguay 2006 – 2011”, donde se destacó la voluntad de establecer esfuerzos conjuntos dirigidos a fomentar y defender la salud de la población uruguaya.

El escenario mencionado y por su parte las estrategias de OPS hicieron dar a luz al nuevo sistema de salud uruguayo, intentando dar respuesta a la problemática del sector, anhelando subsanar la fragmentación y segmentación de los sistemas los cuales agrandaron la brecha existente entre las poblaciones en el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, sucesos como la transformación demográfica, epidemiológica y social que experimentó el país, marcó un nuevo perfil de necesidades. La reducción de la tasa de fecundidad y el aumento de la expectativa de vida produjo un envejecimiento estructural de la población, en el cual predominan los procesos crónicos de salud. De esta forma el sistema de salud debió readaptarse para hacer frente a estos cambios.

Además, el agravamiento de las desigualdades económicas y sociales, que provocaron que grandes sectores de la sociedad vivan por debajo de la línea de la pobreza, desprotegidos socio-sanitariamente, se sumó a los elementos que justificaron la última reforma del sector salud.

Características del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En Uruguay el Sistema de Salud quedó compuesto por dos subsectores: el público y el privado.

El subsector público está conformado por ASSE, Universidad de la República (Hospital Universitario), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Banco de Previsión Social (BPS), Entes Autónomos y Servicios Descentralizados y los Servicios de Salud de los 19 Gobiernos Departamentales.

En cuanto al subsector privado, principalmente lo componen las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Organizaciones Privadas sin fines de lucro,

Seguros parciales y casas de salud que funcionan según las disposiciones marcadas en el “Plan Integral de Atención a la salud” (PIAS), establecido por el SNIS, que contempla 11 programas integrales y un catálogo de prestaciones básicas y obligatorias a las que tienen derecho de acceso universal todos los habitantes del país.

Otro prestador es el Fondo Nacional de Recursos (FNR), con carácter de figura pública no estatal, el cual ofrece cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada y a medicamentos de alto costo para toda la población residente en el país y usuaria del SNIS.

Los procedimientos se efectúan a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son prestadores públicos o privados, que cuentan con la habilitación del MSP.

Estos procedimientos son muy diversos y abarcan una amplia gama, a saber:

Hemodinámica, cirugía cardíaca, implante, marcapaso, valvuloplastia, angioplastia coronaria, prótesis de cadera y rodilla, hemodiálisis crónica ambulatoria, diálisis peritoneal, trasplante reno – pancreático, litotricia renal, quemados graves, trasplantes médula ósea y cardíaco.

Según los datos del Sistema Nacional de Información (SINADI) del MSP, la población uruguaya cuenta con una cobertura distribuida de la siguiente manera: un 35,2 % posee cobertura pública (1.235.098 usuarios) y un 64,8 % posee cobertura privada (2.182.171 usuarios IAMC y 99.804 usuarios de seguros integrales), quedando de manifiesto que el subsector privado lleva la delantera por casi un 30 % respecto a la cobertura [20].

De forma sintética, el nuevo sistema de salud uruguayo se reformó en tres grandes aspectos, diferentes entre ellos.

Por un lado, la reforma financiera, que entre otras características creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual es el recaudador económico del sistema, nutriéndose de impuestos directos a los trabajadores, empleadores y jubilados, más fondos de asignaciones presupuestales del gobierno.

Este fondo, denominado FONASA por sus siglas, alimenta 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.

Así el SNS da cobertura a la población a través de una canasta de prestaciones básicas, incluidas en el Plan Integral de Prestaciones (PIP).

El SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), en donde tienen participación entre otros el MSP, representantes de los trabajadores y representante del área empresarial.

Otro gran aspecto de la reforma sanitaria se circunscribe al modelo de gestión, donde se crearon una serie de normas regulatorias entre leyes, decretos y ordenanzas, al igual que la implementación de sistemas de información y observatorios.

Dentro de este aspecto la transformación 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.

La tercera reforma se enfoca al modelo de atención, el cual se basa en la estrategia de APS, siendo una de sus metas el desarrollo y fortalecimiento de la red de atención del primer nivel (RAP), bajo la órbita de ASSE.

Red de Atención Primaria en salud, en el marco de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

En el año 2005 ASSE se configuró, a través de la reforma, en un organismo descentralizado y se responsabilizó, como empresa pública prestadora de servicios de salud pertenecientes al SNIS, de brindar cobertura a toda persona integrante del sistema y que opte por incorporarse a este prestador.

La Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), la cual es integrada por ASSE (creada a través del artículo 4 de la Ley 18.719), plantea su marco referencial y sus objetivos, expresando 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”.

La Ley 18.211 dejó de manifiesto sobre la red de atención en salud 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 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.

Luego de la reforma del sistema de salud y su componente modelo de gestión, y por consiguiente ASSE y su rol, el efector definió su visión institucional en 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 de modelo asistencial de acuerdo a los postulados del SNIS (atención

integral a la salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación).

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

La concreción de estos lineamientos dio lugar al desarrollo de una política de redes que atiende el principio de territorialidad, para lo que se crean cuatro regiones a nivel nacional (Este, Oeste, Norte y Sur), con un territorio y una población definidos para cada una de ellas.

LA RAP ASSE se inserta en estas regiones, siendo 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.

Enfoque de calidad

Para introducirnos en el aspecto de la calidad en salud, se puntualiza una breve reseña de su evolución.

La calidad en salud nació y ha acompañado de manera conjunta el desarrollo industrial y tecnológico.

En su definición, según la RAE, calidad significa “*propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor*” [21]; no obstante, de forma básica es conocida como el conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

En tal sentido la International Organization for Standardization (ISO) define que la calidad “*es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen con los objetivos para los que fue creado*” [22].

La calidad inició con la Revolución Industrial, consistiendo en la inspección de los productos terminados clasificando como aprobados o rechazado; luego más hacia mitad de siglo, la misma migró hacia el control de los procesos, haciendo énfasis en el desarrollo y aplicación de técnicas estadísticas con el fin de disminuir costos. Se puede puntualizar que el concepto de calidad total se impuso en la cultura empresarial, hacia los años 50 en Japón.

Los japoneses son quienes introducen los conceptos de Total Quality Control (TQC) y Total Quality Management (TQM), los cuales implican que el control de la calidad es cosa de todos y no solo de los expertos de un determinado departamento.

Método Deming.

Edwards W. Deming fue un estadístico estadounidense considerado como el padre de la calidad moderna. Sus ideas plasmadas en *Los Catorce Puntos y Siete Enfermedades mortales de la Gerencia*, afirman que todo proceso es variable y cuanto menor sea la variabilidad del mismo, mayor será la calidad del producto resultante.

Deming, además de generar un método de gestión de calidad basado en un enfoque sistematizado a la solución de problemas, incentivó que el área gerencial sean los que se involucren de forma activa en los programas de mejora de la calidad de sus empresas.

En este sentido, hizo hincapié en 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” [23].

Hoy en día el ciclo de Deming o el círculo PDCA (por sus siglas en inglés: Plan –Do – Check – Act) es una de las estrategias más conocidas en el aspecto de Mejora Continua de la Calidad.

Ishikawa.

Kaoru Ishikawa, es considerado el padre del análisis científico de las causas de problemas en procesos industriales, siendo el primero en diferenciar estilos de administración japoneses y occidentales, debido a sus diferencias culturales.

Sus principales ideas se encuentran plasmadas en su libro *¿Qué es el control total de calidad?: la modalidad japonesa*, donde manifiesta que el Control Total de Calidad se caracteriza por la participación de todos, desde los más altos directivos hasta los empleados más bajos; marcando así un enfoque participativo en el control de la calidad.

Este experto en control de calidad desarrolló el Diagrama de Causa – Efecto el cual es utilizado como herramienta sistemática para encontrar, seleccionar y documentar las causas de la variación de la calidad en la producción y organizar la relación entre ellas.

Para puntualizar su trabajo, este experto adjudica una soberana importancia al recurso humano como el activo más importante, de forma que al aprovechar y potenciar al máximo sus capacidades la empresa se puede desarrollar y perfeccionar, lo que permite lograr mayores ganancias en forma proporcional.

Enfoque de Calidad en la Salud.

Las visiones sobre el enfoque de calidad han ido evolucionando y de ella hay diversas concepciones, generalmente ajustadas a la óptica desde donde se la estudie.

Entre la diversidad de definiciones se puntualiza, de modo general, que existen tres grandes corrientes de posicionamiento.

Sobresale una visión *absolutista*, quienes centralizan de forma extrema en el accionar médico hacia el paciente, marcando el riesgo de generar una sobre prestación de los servicios de salud; por otro lado, se encuentran las posiciones *individualistas*: siendo el centro de análisis el individuo, siendo éste quien define la calidad de la atención sanitaria. Además, se halla una *postura social*, siendo ésta la que pone énfasis en una distribución más equitativa de los recursos que tiene la sociedad para gastar en salud de la población.

Avedis Donabedian conocido como el padre de la calidad en salud, definió la calidad “como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente” [24]. En sus enunciados presenta que ésta puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes.

Más allá de las diferentes visiones, en la actualidad entendemos que la calidad en sí misma no es un atributo único, sino un conjunto de atributos.

En este sentido, Cuesta Gómez, considera que son tres los atributos o elementos básicos que configuran la calidad de la asistencia hospitalaria: *el componente técnico, el social y el entorno*. Este último tiene que ver con el grado de confort logrado en relación con el que se podría alcanzar a través de los servicios de hotelería.

De igual forma Donabedian los identifica como *componente técnico, interpersonal y aspectos de confort*.

Si hablamos de calidad de la asistencia hospitalaria implícitamente estaremos hablando de ciertos factores que en alguna medida la componen, refiriéndonos a cantidad, calidad y costos.

El equilibrio adecuado entre éstos se alcanza a través de una correcta organización y se mide en función del grado de eficiencia logrado. Por lo que la eficiencia es la relación entre cantidad, calidad y costos.

Esto no funciona por sí solo, sino que apunta a definir las estrategias de mejora de la gestión, actuando sobre algunos de estos factores. Lo más razonable sería adoptar la estrategia para aumentar la producción, frenar el crecimiento de los costos, mejorar la calidad asistencial.

Evaluación de la calidad en salud.

Para comenzar a desarrollar el concepto de evaluación de calidad en salud, el investigador conceptualiza en primer término el significado de evaluación. Entendiendo que evaluar, es emitir un juicio de valor sobre una actividad o tarea, resultando de la comparación entre la situación observada y un patrón o modelo dado predeterminado y que se basa en mediciones [25].

La evaluación en salud es una forma de garantizar la calidad óptima en la atención a los usuarios, además permite que los profesionales adquieran nuevas herramientas en la búsqueda de soluciones más adecuadas a los problemas de salud de la población.

Las acciones que hacen de la calidad en la atención deben estar dirigidas a obtener una mejor calidad de vida de la población, lo cual se logra posicionando al usuario en el centro de los procesos.

Como ya he mencionado y tomando las palabras de Deming “la calidad se define en términos de quien la valora” [26], por lo que los parámetros de calidad en atención a la salud serán muy diversos, según la posición funcional que se guarde dentro del sistema de cuidados.

Por lo tanto, el “concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, etc. no es el mismo, propiciando que haya una gran diversidad de parámetros de la calidad, con la consecuente dificultad teórica y metodológica para compararlos o complementarlos para lograr un índice único y válido” [27].

Monitorización de los sistemas de salud.

Para iniciar este apartado, se entiende el significado de monitorización, según el Diccionario Enciclopédico Larousse Vol. 1., como la acción de “controlar el desarrollo de una acción o un suceso con monitores”.

Monitoreo significa, generalmente, ser consciente del estado de un sistema, para observar una situación de cambios que se pueda producir con el tiempo, para lo que se precisa un dispositivo de medición de algún tipo [28].

Los sistemas de monitorización en salud se comportan de manera esencial en la mejora del conocimiento que poseemos sobre los determinantes sociales de la salud, aportando a redefinir y reorientar las políticas públicas hacia la mejorar de las equidades en salud [29].

De esta forma entendemos que la monitorización o vigilancia en la atención de salud está estrechamente vinculada con la medición de múltiples dimensiones que hacen a la salud pública, siendo uno de ellos la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.

La medición del desempeño posiciona a los actores en “identificar globalmente las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública, además de permitir un diagnóstico operativo de las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública, entendida en su más amplia acepción, esto es, incluyendo las capacidades humanas y las instalaciones y equipamientos que resultan necesarios para su buen desempeño” [30].

No obstante esto, la decisión de medir debe ser acompañada “por el desarrollo de instrumentos que puedan perfeccionarse continuamente hasta alcanzar el “optimo

razonable” que permite su utilización rutinaria en los distintos niveles en los que se ejerce la salud pública en la Región”... “El desarrollo de instrumentos de medición de las FESP implica un largo proceso de definición de la función a medir, de los indicadores y estándares de desempeño o cumplimiento de la misma y de las mediciones y sub-mediciones que actúan como verificadores” [31].

En el área de programas de salud, el monitoreo puede ser entendido como un “proceso sistemático de recolección de información que surge de la implementación del Programa, provee la información necesaria para completar el proceso de toma de decisiones y es parte fundamental del ciclo de planificación”. [32]

La monitorización en salud produce ciertas ganancias para la salud pública: - Evaluación actualizada de la situación de salud de país; - Identificación de las necesidades de salud; - Generación de información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud; - Identificación de recursos; - Desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para manejar, interpretar y comunicar la información a los responsables de la salud pública; Definición y desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.

Evaluación del desempeño de Redes Integradas de Servicios Públicos de Salud.

La evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios, implican procesos y herramientas, los cuales se han convertido en elementos indispensables para la gestión de los servicios de salud, en el contexto de los procesos de mejora de la calidad.

El “Procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud” [33] se traduce en una herramienta útil para el triunfo de los modelos de atención.

Dicho Procedimiento está dirigido a investigadores en general y a directivos de niveles micro, meso y macro de la red pública de efectores de salud del PNA. El mismo, puntualiza acciones o pasos a desarrollar, además explicita la forma de utilizar la herramienta y de interpretar los resultados (a través de índices y de una escala colorimétrica).

Consta de 6 (seis) pasos, incluyendo la utilización de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS).

Si bien el Procedimiento es amplio en cuanto a los pasos a desarrollar, se viabiliza a través de la utilización de la HERSS.

Ésta herramienta utiliza a la DMT2 como trazador para evaluar la calidad de los servicios sanitarios brindados por la red, en su desarrollo se tuvo en cuenta la epidemiología de Uruguay.

El uso de esta enfermedad, se enmarca en el énfasis de abordar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), permitiendo evaluar la calidad de los servicios sanitarios brindados por la red, teniendo en cuenta el contexto uruguayo, cumpliendo con los criterios propuestos por Kessner, D.: impacto potencial sobre condiciones de salud, enfermedad bien definida y de fácil diagnósticos, con técnicas claras y normatizadas, alta prevalencia, aria con la utilización de la atención médica y permite visualizar el desempeño de la red sanitaria a través de su análisis.

Continuidad de la Atención Integral del Diabético

Para abordar este apartado, se tendrá en cuenta diversas acepciones de la Sociedad Española de Diabetes (SED).

La Diabetes Mellitus (DM) es “un trastorno metabólico de alta prevalencia asociada a un elevado riesgo cardiovascular, motivo por el que se la considera como uno de los principales problemas de salud de los países desarrollados.

Las complicaciones micro-vasculares así como el incremento de la morbilidad cardiovascular de estos pacientes sobre la población general, disminuyen la esperanza y la calidad de vida del diabético y están relacionadas con la edad, con los años de evolución de la DM, con el grado de control metabólico y con la calidad asistencial de la atención que se presta a estos pacientes” [34]

Sumado a esto, en la actualidad es de conocimiento general, que la “formación científica técnica del profesional que asiste al usuario no es lo único que se relaciona con la calidad de atención del diabético, existen otros aspectos que inciden directamente con ésta” y además, varían desde “temas organizativos, guías de prácticas clínicas, tiempo que se dedica a la consulta, dotes comunicativos de los sanitarios...”. [35]

Respecto a la calidad de atención del diabético existen “...aspectos como la continuidad asistencial, entendida como transferencia de información y la coordinación entre niveles, o la integralidad, como variedad de servicios que se ofertan, serian unas de tantas características que definirán este concepto”.

Tomando en cuenta lo expresado por la SED “en calidad del diabético tipo 2 (DM2) lo más importante no sea la longitudinalidad de la atención (médico de cabecera toda la vida) sino la continuidad de la atención que permita mantener la misma atención independientemente del personal que lo atiende, adecuando los registros clínicos, la

organización de los centros, la definición de competencias en el equipo asistencial y la correcta regulación entre niveles asistenciales” [36]

Lo anteriormente expuesto, conlleva controles que aseguren y den garantías sobre la atención del usuario diabético, por lo que “a grandes rasgos la calidad de la gestión del proceso asistencial va íntimamente relacionado con el grado de control que se hace del proceso con la calidad de la atención recibida, con la calidad de vida y a la postre con el grado de responsabilización – empoderamiento- que hace el diabético de su propia enfermedad (autocontrol)”. [37]

Para ejercer el control pueden ser diversos los mecanismos de vigilancia del proceso asistencial que transita el usuario diabético, pero de manera independiente al que se escoja, se entiende que “la mejora en la calidad de la atención del diabético, tiene como aspecto relevante la identificación de los problemas de calidad, lo cual se logra a través de la monitorización de indicadores de calidad, provocando esto primero detectar y luego aplicar posibles mejoras”. [38]

La base de un programa de mejora de la calidad asistencial se basa en la monitorización de aspectos importantes de la atención sanitaria para detectar problemas u oportunidades de mejora. [39]

Además, la DM dada su condición de enfermedad crónica y progresiva a la que se ha de unir la coexistencia de otras patologías, constituye el paradigma de enfermedad que exige una actuación coordinada entre los distintos niveles y ámbitos de atención de cualquier sistema de salud”.

Aplicar un modelo de mejora continua no es suficiente si se aleja del concepto que “en toda organización sanitaria, la atención a los pacientes con diabetes debe ser considerada como un fiable y atractivo indicador de la coordinación entre las distintas

estructuras organizativas y funcionales, permitiendo evidenciar en qué grado se logra una continuidad de cuidados de forma no fragmentada y perfectamente integrada”. [40]

El adecuado logro de una continuidad de cuidados, tendrá aspectos relevantes que surgen desde los agentes sanitarios y las instituciones, principalmente la perfecta combinación de la coordinación entre niveles asistenciales: atención primaria - atención hospitalaria (coordinación vertical), y por otra, una coordinación entre los profesionales de un mismo nivel (coordinación horizontal)”. [41]

Esta integración de los niveles de atención, requiere una serie de exigencias, de las cuales se puede destacar: “b) existencia de un sistema eficaz para el **intercambio de información** de forma ágil y oportuna”... [42]

Metodología.

Tipo y diseño de estudio

El presente trabajo se enmarcó en la línea de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud, poniendo énfasis en el análisis descriptivo.

Con un *tipo de estudio cuantitativo*, teniendo un *diseño descriptivo de corte transversal*.

Unidad de análisis

La *unidad de análisis* del estudio: comprende la base de datos elaborada, a punto de partida de estudios realizados por estudiantes de Facultad de Enfermería, en el marco de sus Trabajos Finales de Investigación (TFI) correspondiente al Grado y Posgrado.

En dichos estudios se aplicó la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS) ^{Anexo II} en redes de Salud Pública (Montevideo, Canelones y Rivera) siendo su población los usuarios mayores de 21 años de edad, portadores de DMT2 que realizaron su consulta en salud dichos efectores.

VARIABLES

Las *variables a analizar*: se tomaron las explicitadas en el Procedimiento de Evaluación de Redes de Servicios de Salud, con base en los atributos esenciales, definidos por OPS, para el adecuado funcionamiento de una RISS.

Cabe señalar que la investigación estudió el desempeño de la red a través de la macro-variable modelo asistencial, la cual se subdivide en dimensiones y éstas a su vez se componen de atributos.

Definición Macro Variable:

Componente Modelo Asistencial

Este es entendido como “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”.

Dimensiones del Modelo Asistencial.

A- Población y Territorio a cargo definidos.

- Definición conceptual : “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”.
- Definición operacional: i) Población a asistir; ii) Conocimiento de las necesidades de los usuarios [DMT2]; iii) Área geográfica.

B- Red de establecimientos de salud para la prestación de servicios sanitarios.

- Definición conceptual : “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”.
- Definición operacional : i) Programas de salud en la atención al usuario DMT2; ii) Referencia en el segundo nivel de atención; iii) Referencia en el Primer Nivel de Atención, iv) Relación población/profesional; v) Estándares de calidad.

C- Primer Nivel de Atención.

- Definición conceptual : “Definido 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 realiza la coordinación de la atención a lo largo del tiempo”.

- Definición operacional : i) Puerta de entrada al sistema; ii) Equipo multidisciplinario para el cuidado al usuario con DMT2; iii) Coordinación con el resto de los niveles asistenciales.

D- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado.

- Definición conceptual : “Se 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”.
- Definición operacional : i) Organización de los recursos de la red para la atención al usuario con DMT2.

E- Mecanismos de coordinación asistencial en todo el sistema.

- Definición conceptual : “Se 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”.
- Definición operacional : i) Guías de práctica clínica y/o protocolos de atención al usuario con DMT2; ii) Grupos de trabajo interdisciplinario; iii) Mecanismo de referencia y contrarreferencia; iv) Personal capacitado en la propuesta del nuevo modelo de atención.

F- Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

- Definición conceptual : “Enfoque del cuidado holístico del individuo que incorpora la interculturalidad, centrado en el conocimiento de los derechos y

deberes por parte del usuario; y con un fuerte componente familiar y comunitario. Aborda el cuidado del individuo en su contexto social y cultural, en las circunstancias en las que las personas viven, estudian y trabajan”.

- Definición operacional: i) Personal capacitado en los derechos de atención al usuario en general y al usuario con DMT2 en particular; ii) Trabajo con enfoque holístico; iii) Trabajo con enfoque familiar y comunitario.

Datos: construcción de base de datos.

Método y técnica

El método para la construcción de la base de datos, consistió en la obtención de los informes de medición del desempeño del modelo de atención de las redes estudiadas, realizados por grupos de estudiantes de Grado y Posgrado de Facultad de Enfermería, en el marco de su Trabajo Final de Investigación.

La técnica para el abordaje de los datos respondió a un formato virtual (a través de correo electrónico), contando con la autorización y consentimiento de los investigadores.

Posterior a la construcción de la base de datos, el investigador procedió al análisis de los mismos a través del Procedimiento de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (Anexo I), desarrollando los siguientes pasos ajustados a la línea de investigación: 1) se caracterizó el modelo de atención de una red integrada de servicios públicos de salud, para conocer el proceso de atención prestado y se estableció el alcance de la evaluación del desempeño de la red; 2) se realizó la medición de los índices de desempeño, teniendo en cuenta que este Procedimiento permite medir el desempeño tanto de forma global como individual, permitiendo evaluar de forma fiable el desempeño del componente Modelo de Atención; 3) se clasificó el desempeño de la red, a través de aplicación de una escala colorimétrica.

Una vez realizada la medición del desempeño de las redes, se procedió a, 4) realizar el análisis crítico de la situación, seleccionando las variables que impactan de forma negativa en el desempeño de las redes, momento conocido como trabajo de mesa.

Consideraciones éticas.

El presente trabajo utilizó datos de terceros, a los cuales se los trató bajo el respaldo de las normativas vigentes en el territorio nacional, asegurando la confidencialidad y privacidad. A saber de ellas: Constitución de la República Oriental del Uruguay, artículo 72, Ley 18.331 “Ley de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data” (LPDP), Decreto 159/019 “Proyecto de Comisión Nacional de Ética en Investigación, referido a investigación en seres humanos”.

Como responsable de las bases de datos, se respetaron los principios de: *Legalidad, Veracidad, Finalidad, Previo consentimiento informado, Seguridad de los datos, Reserva, Responsabilidad.*

Plan de Análisis.

Luego de construida la base de datos, éstos fueron procesados a través de un paquete estadístico (Excell).

La técnica estadística propuesta correspondió a estadística descriptiva e inferencial.

La presentación de los mismos se realizó a través de tablas de frecuencia con las variables seleccionadas.

El análisis produjo información para elaborar las conclusiones y sugerencias.

Resultados.

A través de la base de datos se logró analizar el comportamiento de las redes, en las que se aplicó la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS).

En esta oportunidad, la medición del desempeño se ajusta al componente Modelo de Atención aplicado a la sección de usuarios de las redes, distribuidas en la región Oeste (Departamento de Rivera) y Sur del país (Departamento de Montevideo y Canelones).

El Modelo de Atención es uno de los componentes de la red, entendiendo que el mismo se refiere *a la estructura que presenta la red para dar cobertura a las necesidades de salud de las poblaciones, en relación con sus establecimientos, servicios brindados, coordinación de los mismos y aspectos culturales a tener en cuenta para dicha cobertura.*

Posteriormente a la medición de los índices de desempeño se continuó con la clasificación de la red y la posterior evaluación de la calidad, cumpliendo así con la fase del Procedimiento de Evaluación de Desempeño de la Red.

Los datos presentados aquí se organizan, con el fin de orientar al lector en su interpretación y entendimiento, de la siguiente forma: desde un aspecto macro a micro.

En primer lugar se presentará la medición del componente de la red a través de los Índices de Desempeño de Componentes de la Red (ICDR), posteriormente se presentan los valores correspondientes a las Dimensiones o Atributos que integran el componente Modelo de Atención aplicado a la sección Usuarios, para lograr así exponer la medición de respuestas de cada pregunta que integra la dimensión.

Respecto al Índice de Desempeño de Componentes de la Red, se evidenció lo siguiente: la red perteneciente a la zona Oeste presentó un IDCR de 0,41, y la misma puntuación

se presentó en la red perteneciente al Departamento de Canelones, por otro lado en la zona de Montevideo se evidenció una medición de 0,57.

Estas valoraciones evidencian, según el Procedimiento de Evaluación de Desempeño de la Red, un nivel de desempeño del componente de la red “bajo” para el departamento de Rivera y Canelones, y un desempeño “parcialmente alto” para la red de Montevideo.

Del análisis comparativo de las dimensiones de abordaje que integran el Modelo de Atención, se puede adelantar que existe cierta similitud en la obtención de la medición de la mayoría de las dimensiones. No obstante, se destaca una diferencia significativa en una minoría de esas dimensiones.

Respecto a la dimensión 1: “Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades”, se presentó con una paridad en la medición de los tres núcleos de atención a la salud, mostrando un 62% en la zona de Montevideo, 60% en Canelones y 58% en departamento de Rivera.

En otra dimensión de abordaje, la número 2: “Extensa Red de Establecimientos de Salud”, los resultados evidenciados se manifestaron de la siguiente manera: 75% en la zona de Rivera, 72% en el efector de Montevideo y un 53% en la zona de Canelones.

Respecto a la tercera dimensión: “Primer Nivel de Atención Multidisciplinario” se logró identificar un 57% en Montevideo y Canelones, y un 67% en el departamento de Rivera.

La siguiente dimensión es una de las que presenta una diferencia significativa en la comparación entre las 3 redes; en este caso la dimensión número 4: “Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado” mostró en el efector de Montevideo un 71%, y por otro lado en los Departamentos de Canelones y Rivera, en un 41% y 39% respectivamente.

Lo que respecta a la dimensión 5: “Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios” se logró relevar la siguiente medición: 44% en Montevideo, 40% en Canelones y 20% en Rivera.

En el estudio de la dimensión número 6: “Atención centrada en la Persona, la Familia y Comunidad” encontramos otra de las diferencias significativas respecto a su medición, siendo la misma 63% en Montevideo, y por contrapartida en Canelones y Rivera en un 31% en ambas.

Cuadro I: Síntesis general de la Medición de IDCR

Componentes/ Efector	MONTEVIDEO	CANELONES	RIVERA
Índice Desempeño del Componente de la Red: Modelo de Atención	0,57	0,41	0,41
Dimensión 1	62 %	60 %	58 %
Dimensión 2	72 %	53 %	75 %
Dimensión 3	57 %	57 %	67 %
Dimensión 4	71 %	41 %	39 %
Dimensión 5	44 %	40 %	20 %
Dimensión 6	63 %	31 %	31 %

Fuente: Elaboración por autor con resumen de base de datos

Por otro lado, en el desglose de cada una de las dimensiones valoradas que integran el Modelo de Atención, se evidenciaron ciertos aspectos con una medición de respuesta que llaman la atención y dan espacio a una observación con mayor detenimiento.

Cabe destacar que aquí se presentan las áreas con una medición baja, tomando en cuenta la escala de clasificación del mencionado Procedimiento para evaluar las Redes Integradas, lo que da lugar a entender que éstas son las áreas problemas pasibles de un plan de mejora a corto tiempo.

No debemos olvidar que la medición se realiza para determinar el nivel de desempeño de la red y así tener una idea clara de la calidad de los servicios brindados por esa red para el abordaje y resolución de los problemas de los usuarios, en concordancia con las políticas definidas por la Administración Sanitaria.

En lo correspondiente a la dimensión “Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades”, sobresale con similares valores de medición el

aspecto sobre el conocimiento de los agentes sanitarios sobre la población referida: puntualmente sobre la aplicación de encuestas sobre la salud general y la Diabetes Mellitus. Aquí se identifica para Montevideo, que solo el 20 % ha sido encuestado sobre su salud general y un 31% sobre la Diabetes Mellitus. La situación en las otras redes manifiesta valores más alarmantes, arrojando en Canelones un 7% y 8%, y en el departamento de Rivera un 11% y 4% respectivamente en ambas redes.

Por otro lado, en referencia a “Extensa Red de Establecimientos de Salud” se evidencia lo siguiente: respecto al conocimiento de Programas de Atención y la participación de los usuarios en ellos, en la red de Canelones solamente un 16% conoce los mismos y apenas un 8% participa en ellos. Por el contrario estas mediciones en las otras dos redes se mostraron ambos aspectos por encima del 70%.

Dentro de esta dimensión, respecto al control en salud del usuario, el tiempo que demora en ser visto un usuario por algún integrante del equipo de salud arroja la siguiente medición: en porcentajes muy débiles, considerando el tiempo estándar definido por el MSP (1 día hábil de agenda), siendo: en Montevideo un 2%, en Rivera un 20% y en Canelones un 48%. Esta situación se mantiene compleja al momento de indagar sobre el tiempo de demora en ser visto por un especialista (entre 15 y 30 días), mostrando un 2% en Rivera, un 14% en Montevideo y un 32% en Canelones.

Respecto a la accesibilidad de medicamentos para el tratamiento de la Diabetes e insumos para el automonitoreo, se presentaron mediciones aceptables en dos de las tres redes. No obstante, la categoría de “aceptable” aquí, no resta importancia a los valores diferenciales en ambas redes, y en contrapartida con la tercera red que se acentúa esta diferencia. En otras palabras, en Montevideo y Rivera alrededor de un 75% nunca tuvo problemas para acceder a ellos, pero deja de manifiesto en una variable de amplia

relevancia, que hay cercano a un 25% que sí tuvieron dificultades. Siguiendo esta línea de interpretación, esta problemática se manifiesta de forma más acentuada en Canelones donde alrededor de un 45% han presentado dificultades para las variables en cuestión.

En la dimensión “Primer Nivel de Atención Multidisciplinario” se relevan aspectos relacionados con la conformación de estos equipos y la accesibilidad a ellos. Si bien las variables que conforman esta dimensión, tuvieron una medición aceptable, no deja de ser llamativo lo siguiente: en Montevideo alrededor del 30% ha concurrido a una puerta de emergencia para el monitoreo de su diabetes sin sentirse descompensado, en las otras dos redes se consignan porcentajes más inferiores (entre 5% y 15%). De esto, se desprende un dato que no es menor, ya que de este porcentaje en las tres redes se evidenció que más del 60% realiza esta acción por diferencias con los horarios de las policlínicas y la demora en la agenda con Medicina.

Para la variable “cuando tiene que realizarse estudios o necesita tratamiento en hospitales”, se toma en cuenta un estándar ajustado a la referencia y contra referencia de los niveles de atención, interpretándose que el usuario debe abandonar la policlínica con las coordinaciones pertinentes resueltas en el PNA.

Dicho esto, se encontró apenas un 13% en Canelones y un 28% en Montevideo de aceptabilidad al estándar mencionado; siendo en Rivera un 60%.

Sobre la dimensión “Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado”, se identificó una aceptable medición respecto a la concurrencia al centro de salud para exámenes en salud considerados sencillos, no así para las Ecografías en las redes de Canelones y Rivera, mostrando un 42 % y 45% respectivamente.

Lo que respecta a la variable “concurrencia al mismo centro asistencial para consulta con” diferentes integrantes del Equipo de Salud, se identificó una heterogeneidad de

situaciones, que se presentarán detalladamente para lograr un visibilidad clara del estado de situación.

En referencia a la concurrencia al especialista en Diabetología, es bastante amplia la aceptabilidad de la variable al igual que para Cardiología, con excepción de la red de Rivera que presenta solamente un 43% para esta última especialidad.

Para la especialidad de Oftalmología y Odontología, en Montevideo es aceptable la medición, pero por el contrario vemos otra realidad en las redes de Canelones y Rivera, destacándose una medición débil respecto a concurrencia a Odontología de 29% y 33% para las redes de Canelones y Rivera respectivamente.

Continuando con esta área, enfocado al recurso humano Enfermero, observamos una aceptable medición en Montevideo con el 74% de concurrencia, pero en la medición de las otras redes se ve muy empobrecida esta medición resultando un 4% en Canelones y un 6% en Rivera.

Ante la variable que indaga la oportunidad de controles de salud relacionados con la DMT2 por parte del equipo de salud de la policlínica en ámbitos como el domicilio, el trabajo o su lugar de estudio: en Montevideo alrededor de un 15% manifestaron haber tenido controles fuera del ámbito de la policlínica, siendo el domicilio el mayoritario. La situación en Canelones es muy débil, solamente un 3% refiere haber tenido controles en su domicilio, y en Rivera no se registró aceptabilidad de esta variable (nadie recibió controles en salud en los lugares descriptos).

Respecto a “Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios”, se indaga sobre cada cuanto tiempo se controla con los profesionales del equipo que aborda a los usuarios portadores de DMT2.

Para la especialidad Diabetología se observó una aceptabilidad alta en la red de Montevideo con el 84% y parcialmente alta en Canelones con el 53%. Por el contrario en la red de Rivera se identificó apenas un 34% de consultas con esta especialidad en los tiempos aceptables que plantea la Guía de Práctica Clínica de DMT2 para la atención en el ámbito ambulatorio (consultas entre tres y cuatro meses para esta especialidad).

Para las especialidades de Oftalmología, Odontología y Podología, en las tres redes se observó una medición baja, con valores que rondan el 35% en Montevideo, 20% en Canelones y 15% en Rivera.

Respecto al tiempo de control con el profesional de Enfermería, en Montevideo tuvo una medición aceptable, no así en las redes de Canelones y Rivera donde apenas un 4% y 3%, respectivamente, manifiestan realizar controles programados con este profesional en el margen temporario que marca la guía (tres – cuatro meses).

Sobre la discusión del tratamiento que recibe el usuario para su DMT2 con otros profesionales, observamos que en Canelones solamente un 7% conoce que se ha discutido esto, mostrando en Rivera un 27% y en Montevideo un 57%.

Sobre los registros escritos en la Historia Clínica de consulta con Especialistas de otras policlínicas u hospitales: vemos en Montevideo y Canelones una baja medición, con el 46% y 17%.

Continuando con esta área de abordaje, ante la posibilidad de consulta con otros Especialistas de otras policlínicas u hospitales, se censo si dicho profesional tiene un resumen de su Historia Clínica. Aquí logramos ver que en Canelones y Rivera la medición fue baja, siendo 15% y 45% respectivamente.

En cuanto a la dimensión “Atención centrada en la Persona, Familia y la Comunidad”: integra esta dimensión la orientación a los derechos que recibió el usuario en relación Sistema de Salud. Aquí se vieron mediciones alarmantes: constatándose en Montevideo un 33%, en Canelones un 11% y en Rivera un 3%.

En este sentido, ante la indagatoria sobre el conocimiento del funcionamiento del SNIS, en Canelones se evidenció un 14% y en Rivera un 9%.

En las dos redes mencionadas anteriormente, ante la consulta sobre si fueron orientados en los derechos de atención a la salud que tienen los usuarios como portadores de DMT2, se evidencia en Canelones un 38% y en Rivera un 11%.

Respecto a la incorporación de medicina alternativa como parte del tratamiento de la DMT2: se observó en Montevideo un 46%, en Canelones un 37% y Rivera un 47%.

De estos, en su amplia mayoría lo realizan en acuerdo con el equipo de salud de la policlínica.

Sobre la capacitación por parte del personal de la policlínica al núcleo familiar del usuario, en Canelones se observó un 11% y en Rivera un 16%.

De estos porcentajes, se destaca que en su totalidad refirieron haber sido instruidos a través de charlas y folleterías.

La realidad sobre capacitación del entorno laboral y/o social por parte del personal de la policlínica es aún más débil mostrando solamente un 10% en Montevideo y 4% en Canelones.

Sobre la participación en las decisiones sobre el tratamiento de la diabetes, en Canelones solamente un 32% refiere hacerlo.

Discusión.

Para abrir la discusión nos posicionamos en el entendimiento de la Salud Pública como todas aquellas acciones que buscan asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud, en un marco de intervención colectiva tanto con el Estado como de la sociedad civil. [43].

No obstante, la Salud Pública puede ser entendida desde diversas aristas, y por consiguiente, luego de diversas reformas en el sector de la salud se definieron las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que le competen al Estado en todos sus niveles de intervención, esencialmente para fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria, en manos del Estado como protector de la salud.

En este contexto, se re-estructuró la forma en que se organizan los Sistemas de Salud, lo que produjo una re organización de los mismos a través de los niveles de atención, como forma de afrontar la segmentación del sistema y con ello llegar a paliar situaciones que contienen elementos que hacen que los sistemas funcionen, pero de manera no integral.

Como vemos en la sección de los resultados del presente estudio se muestran mediciones de las dimensiones que integran el componente Modelo de Atención con valores altamente dispares en la aceptabilidad por parte de los usuarios, inclusive en la misma red de atención, lo que da a entender un funcionamiento de las redes estudiadas de manera no integrada. Por ejemplo: en la Red de Rivera dimensión 2 con 75% de aceptabilidad y la dimensión 5 con 20% de aceptabilidad.

Estos resultados evidencian mediciones del desempeño de un componente de las redes que concluye en un nivel bajo y parcialmente alto, lo que contrastado con la teoría nos

lleva a reflexionar que nos encontramos, aún, con un Sistema y Servicios de Salud fragmentado. [44]

Desde una perspectiva macro, se logró identificar en los resultados obtenidos que la medición del desempeño del modelo de atención en las redes se comportó con un nivel bajo y parcialmente alto. Lo que en otras palabras nos dice que la red de servicios no ha logrado niveles de calidad aceptables [45] en el componente explorado, para la visión de los usuarios del sistema, en su estructura, procesos y/o resultados, para satisfacer plenamente las necesidades de los usuarios, como en el caso de Canelones y Rivera, o lo hizo en parte de ellas, como en el caso de Montevideo.

Esta evaluación nos brinda elementos claves y muy necesarios para implementar acciones enfocadas a resolver las debilidades identificadas, plantear iniciativas de mejora y poner en práctica un plan encaminado hacia la Mejora Continua de la Calidad.

Este Modelo de Atención fragmentado, implica mayores costos tanto para el Estado como para la sociedad en general, entendiendo que la fragmentación genera “dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos”.

En otras palabras, esta realidad interpela una parte del rol del Estado desde una óptica del uso adecuado de los recursos y la inter- relación con la sociedad.

Un ejemplo concreto, que se evidencia en los resultados de medición, es la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención y el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada.

Nuestro país acompañó la tendencia de cambios estratégicos en materia de Salud Pública, ya que el sistema de Salud uruguayo se encontraba azotado por diversos problemas coincidentes con los de la región: “fragmentación institucional, segmentación de la cobertura, estratificación del acceso a los servicios y ciertas carencias en los marcos regulatorios, manifestados en dificultades de gestión y rectoría del sistema...” [46] lo que provocaba una inequidad en el acceso de la población a los servicios de salud, desequilibrio del gasto, afectación de la calidad asistencial.

Con los resultados obtenidos de la medición del desempeño, se puede sostener que las redes estudiadas aún persisten con dificultades relacionadas a la fragmentación y segmentación de los Servicios de Salud, cuestionando, de manera directa el cumplimiento de los objetivos del SNIS, definidos en su marco legislativo, Ley N 18.211.

Ésta en su artículo 4to nos enmarca en que el Sistema tiene, entre otros propósitos “Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios [...]; “Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”; “Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios”. [47]

Además es imperante mencionar que la Ley en su artículo 34, plantea que el SNIS “se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención”... [48]

Ante el análisis de cada uno de los componentes de las redes estudiadas, logramos identificar debilidades en sus dimensiones, que nos hace sostener la premisa que aún no se logra cumplir con los objetivos que plantea el SNIS, y lo podemos ver si profundizamos en algunos puntos de las dimensiones como por ejemplo en la Dimensión “Extensa Red de Salud” donde vemos que los porcentajes de usuarios que no conocen el Programa de Salud de su centro asistencial son elevados, al igual que la no participación de ellos en los mismos. Siguiendo en esta línea, en la Dimensión “Primer Nivel de Atención Multidisciplinario”, queda expuesto el uso inadecuado de los servicios de salud así como la falla en coordinaciones por parte del equipo de salud del PNA.

Es oportuno traer a esta discusión, el enunciado que las RISS llegan como una forma de organizar los servicios de salud, buscando que estos logren abarcar la totalidad de insumos tanto materiales como en políticas de gestión.

En Uruguay, el cambio en el Sistema de Salud se basó en ajustes en el Modelo de Gestión, Financiamiento y de Atención.

Enfocados en el cambio del Modelo de Atención, el mismo se orientó al fortalecimiento de una estrategia de atención integral, apuntando a jerarquizar el PNA, con énfasis en la prevención, la promoción y la rehabilitación en salud.

Estas actividades se deben desarrollar con un marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), deseando asegurar mayor capacidad resolutiva del PNA.

Aquí vemos otro elemento que relacionado a los resultados encontrados, podemos expresar que las fallas en la esfera de las Dimensiones profundizan la debilidad de la capacidad resolutiva del PNA, además de poner en jaque la estrategia de manera integral como se plantea en la normativa y es el deseo de las instituciones. [49]

Esos cambios que se introdujeron en el Sistema de Salud de nuestro país, hace ya casi una década y media, implicaron un sinnúmero de actividades y transformaciones, pero en el subsector público, de manera superlativa, el redimensionamiento de la figura de ASSE y con ello el amparo (inclusive en su marco normativo) de la estrategia de trabajar con redes integradas en salud para potenciar el acceso de la población a los sistemas sanitarios y además promover la continuidad de los cuidados.

Entonces vemos que el Estado uruguayo adoptó la estrategia de organizar y trabajar a través de Redes Integradas haciendo eco con el propósito de ellas que no es otra cosa que *“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”*, pero los resultados nos muestran que en vez de acercarnos, nos apartamos de este.

Además del resultado de la medición del desempeño de las redes, la evaluación en sí misma contiene una importancia fundamental, teniendo en cuenta que luego del cambio de estrategia, lo pertinente es evaluar de manera global el impacto de esa transformación.

Con esto se quiere hacer hincapié en que la estrategia de RISS, como todo proceso en el marco de un sistema de salud debe contar con evaluaciones del desempeño para encontrar oportunidades de mejora, principalmente, en los procesos y posteriores resultados, y así contribuir a la retroalimentación de este. De esta forma se puede observar los desvíos que se están presentando y evaluar si realmente se funciona en el marco de integralidad de servicio o no.

Además, resulta imperioso evaluar el modelo de atención en salud para poder realizar un diagnóstico real y tomar acciones que permitan resolver las deficiencias encontradas, estimular iniciativas y proponer nuevas metas.

Esto es un elemento fundamental para el gestor de los servicios de salud, independientemente del nivel en que se encuentre (local, regional, nacional), ya que con esta información estaría apoyando el proceso de toma de decisiones, actividad de relevancia mayor en los gestores de salud.

Entonces por un lado vemos que existe una serie de propuestas, internacionales y nacionales, que tienden a cambiar y corregir las deficiencias del sistema, pero éstas no son vigiladas en su desarrollo con una perspectiva sistémica. [50]

Así se logra reflexionar que existe un vacío entre las políticas definidas y adoptadas por el gobierno, la evaluación de la ejecución de estas y la realidad por la cual transitan los procesos de las redes integradas en salud.

En el análisis discriminado de las variables podemos observar diferentes situaciones, dentro de ellas una de las áreas que presenta dificultad son las consultas con los equipos de salud en el mismo centro asistencial, así como la frecuencia en el tiempo que el usuario concurre a consulta con algún integrante del equipo. Situaciones que no son ajenas ni desconocidas para el sistema de salud.

Por un lado vemos que la concurrencia del usuario a los equipos de salud en Montevideo se presentó de forma aceptable, pero no así en las redes de Canelones y Rivera. Dichos datos pueden estar relacionados a la disponibilidad de estos recursos humanos, sospechando que la centralización del profesional en la capital del país es una realidad imperante, y aún no resuelta.

No obstante, se identificaron mediciones bajas para el recurso de Enfermería Profesional en las redes de Canelones y Rivera, lo cual también nos posiciona en enunciados sobre la cobertura de este recurso a nivel nacional y principalmente en el PNA. Además estos resultados coinciden con la distribución del colectivo en las regiones del país, donde Enfermería como fuerza de trabajo también se encuentra centralizada en la capital del país.

Respecto a la periodicidad de consultas la Guía de Práctica Clínica nos propone para las siguientes especialidades un margen de tiempo de consulta, que al relevar la medición se detecta un incumplimiento del estándar que define la misma. La particularidad se observa en Oftalmología, Odontología y Podología, identificando en las tres redes una medición baja respecto al criterio definido en la Guía. [51]

Se reconoce una variedad extrema de formas de contextos de los sistemas de salud, por lo que no se puede definir un único modelo organizacional de RISS. Pero para un funcionamiento equitativo, y por ende adecuado a la población circunscripta, existe una serie de atributos esenciales de las RISS sobre las cuales se realizó la medición y genera insumos para el siguiente análisis.

Enfocados en el Modelo de Atención, los atributos mencionados son los siguientes:

Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud: este atributo se ve debilitado en las redes estudiadas, entendiendo que el mismo propicia un “conocimiento de la población y el territorio a cargo” [52] para generar un diagnóstico de la situación de salud de la población, principalmente de los grupos vulnerables y su entorno. Logramos ver en el análisis que la medición fue parcialmente aceptable en las tres redes. Situación que pone de manifiesto la debilidad.

Respecto al atributo *Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública*, la debilidad más preponderante se evidencio en la red de Canelones. Sostiene esta afirmación el entendimiento que las RISS tienen como objetivo principal mantener a la población sana, enfatizando en la entrega de servicios de salud y la promoción de la salud [53]. Y podemos ver un dato clave que resulto con una baja medición, como es la participación de los usuarios en los Programas de Salud y demoras en el tiempo para ser visto por algún integrante del equipo.

El atributo *Primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población*, tiene una relevancia clave en el funcionamiento adecuado de las RISS. Se entiende que es el componente que desarrolla vínculos más profundos con los individuos, familias y comunidad, facilitando la participación social y acciones inter sectoriales [54].

Encontramos una medición parcialmente alta en las redes estudiadas, lo que impulsa a determinar que también existe una debilidad en este atributo para las redes estudiadas, ya que esta dimensión se destaca en relevancia debería mejorar su nivel de calidad.

En el atributo *Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios*, sobresale el cuidado apropiado relacionado a la atención recibida ajustada a las necesidades de la población, por tanto mira que la atención sea efectiva, intervenciones seguras y disminución de daños o perjuicios de las personas. Las redes de Canelones y Rivera mostraron una medición

baja, ante una medición parcialmente aceptable en Montevideo. Por lo que realizando una mirada global, es otro atributo en el cual persiste una debilidad marcada.

Para el atributo *Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud*, las mediciones en las tres redes arrojaron un resultado de calidad bajo, sumándose esto a la debilidad de la red mirada desde el Modelo de Atención. Si bien no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, el atributo destaca la existencia y uso de instrumentos o mecanismos de coordinación [55], por ejemplo las Guías de Práctica Clínica y los protocolos apoyan la normalización de los procesos y resultados.

Respecto al último atributo *Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población*, el cual en pocas palabras busca facultar a las personas para que gestionen mejor su propia salud a través de planes de educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de su enfermedad [56], presenta una debilidad considerable en las redes de Canelones y Rivera.

Conclusiones

En principio se pudo conocer el estado de situación de cada una de las redes estudiadas a través del Procedimiento de Evaluación de Redes Integradas en Salud, lo que nos marca la pauta que el mismo es fiable para su aplicación en el Sistema de Salud de este país.

Los resultados obtenidos mostraron Índices de Desempeño bajos para las redes que se encuentran fuera de la capital del país, y para la red de Montevideo Índices de Desempeño parcialmente alto.

Esto apoya la iniciativa que tuvo el investigador respecto a conocer el comportamiento de las redes de atención en el subsector público de Uruguay.

En esta visión de cómo se comportan las redes, se identificó que las correspondientes a Canelones y Rivera con índices de medición bajo presentaron menores puntuaciones en los atributos que se relacionan con la Prestación de Servicios en el lugar apropiado, Mecanismos de Coordinación Asistencial y la Atención Centrada en la persona, familia y comunidad.

Ante la situación anteriormente descrita, el investigador se plantea la interrogante sobre si estos aspectos están condicionados de manera directa o indirecta por debilidades asociadas a la centralización de los recursos humanos en salud en la capital del país y por consiguiente la “dispersión” de éstos por fuera de los límites de la capital.

Por otro lado, la aplicación del Procedimiento enfocado a la sección de Usuarios permitió identificar debilidades y aspectos de mejora, emitidos por parte de uno de los actores principales de la Red, quienes son sujeto – objetos del Sistema de Salud. Esta

información se convierte en un insumo primordial para la toma de decisiones por parte de los gestores en salud.

Referencias Bibliográficas:

1. Poder Legislativo [internet]. Montevideo: Parlamento; [consultado Agosto de 2017]. Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud [aprox. 2 pantalla].
Disponible en:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1754569.htm>

2. Poder Legislativo [internet]. Montevideo: Parlamento; [consultado Agosto de 2017]. Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. [aprox. 13 pantallas].
Disponible en:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1754569.htm>

3. Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Agosto de 2017]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 15 pantalla]. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>

4. Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2010] [consultado Agosto de 2017]. Documento: Redes Integradas de Servicios de Salud – Conceptos, Opciones de Política, Hoja de ruta para su implementación en las Américas [aprox. 13 – 16 pantallas]. Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

5. Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2010] [consultado Agosto de 2017]. Documento: Redes Integradas de Servicios de Salud – Conceptos, Opciones de Política, Hoja de ruta para su implementación en las Américas [aprox. 20 pantallas]. Disponible en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

6. Organización Panamericana de la Salud [internet]. Rio de Janeiro: ISGS, UNASUR [2014] [consultado agosto de 2017]. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur – Mapeo de la APS en Uruguay [aprox pantalla]. Disponible en:

<https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/Mapeo%20y%20 analisis%20de%20los%20modelos%20APS%20en%20America%20del%20Sur.pdf>

- 7-Sbarbaro Romero, Milton. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: Proceso de su elaboración. RUE [internet]. Año 2017 [consultado Agosto de 2017]; 12, (1): 21 – 42. Disponible en:

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/212/206>

- 8-Araujo, Daiane; Merchan, Edgar; Sueli da Silva, Francisca; Laguardia, Josuè; Urdaneta, Maria. Evaluación del desempeño de la redes de atención de salud: una propuesta de indicadores. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [internet]. 2016 [consultado agosto 2017]; 10 (3): pàg. 13 – 14. Disponible en:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1090>

- 9- Sbárbaro Romero, Milton. Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud. RUE [internet]. 2016 [consultado agosto de 2017]; 11 (1): pág 87. Disponible en:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/185>
- 10- Sbárbaro, Milton. Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud. RUE [internet]. 2016 [consultado agosto de 2017]; 11 (1): pág 102. Disponible en:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/185>
- 11- Sbárbaro, Milton. Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud. RUE [internet]. 2016 [consultado agosto de 2017]; 11 (1): pág 103. Disponible en:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/185>
- 12- Organización Mundial de la Salud [internet]. Francia: OMS; [2000] [consultado en Octubre 2017]. Informe sobre la salud en el Mundo 2000 [aprox.29 -31 pantalla]. Disponible en:
https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- 13- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington: OPS; [2002] [consultado en Octubre de 2017]. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [aprox. 21 – 25 pantalla]. Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

- 14- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Octubre de 2017]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 15 pantalla]. Disponible en:
- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>
- 15- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Octubre de 2017]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 21 pantalla]. Disponible en:
- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>
- 16-Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Octubre de 2017]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 28 pantalla]. Disponible en:
- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>
- 17-Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Agosto de 2017]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 29 pantalla]. Disponible en:
- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>

18-Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C.; OPS [2010] [consultado en Octubre de 2017]. Documento: Redes Integradas de Servicios de Salud – Conceptos, Opciones de Política, Hoja de ruta para su implementación en las Américas [aprox. 9 – 20 pantallas]. Disponible en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

19-Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C.; OPS [2010] [consultado en Octubre de 2017]. Documento: Redes Integradas de Servicios de Salud – Conceptos, Opciones de Política, Hoja de ruta para su implementación en las Américas [aprox. 9 – 20 pantallas]. Disponible en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

20-Ministerio de Salud Pública [internet]. Montevideo: MSP; [consultado en Diciembre de 2017]. Sistema Nacional de Información. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>

21-Real Academia Española [internet]. Madrid: RAE; [actualizado 2019] [consultado en Febrero de 2018]. Disponible en:

<https://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>

22- International Organization for Standardization [internet]. ISO; [consultado en Febrero de 2018]. Disponible en:

<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:en:term:3.6.2>

- 23- Deming WE. Calidad, Productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Ed. Díaz de Santos SA.; 1989. p. 20
- 24-Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. The milbank mem Fund Q. 1996; 44 (4): 66 – 203.
- 25- Isolina Sánchez Jacas; Thelma Bonne Galí, Carina Pérez Ferrer, Maximiliano Botín Díaz. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [internet]. 2002 [consultado Marzo de 2018]; 28 (1): 38 – 45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v28n1/spu04102.pdf>
- 26- Deming, WE. A qualidade e o consumidor. Em qualidade: A revolução da administração. Rio de Janeiro. Ed Marques Saraiva SA. 1990: pags 124 - 135
- 27-Salinas Rodríguez, Jorge Luis; González Díaz, Héctor E. [2006]. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. Psicología para América Latina, (8) [online] [consultado Agosto de 2018]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&tlng=es
- 28- Wikipedia [internet]. Wikipedia; [24 de Octubre de 2018; consultado en Agosto de 2018]. Definición de Monitorización. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Monitorizaci%C3%B3n>
- 29- Calvete Oliva, Antonio; Campos Esteban, Pilar; Catalán Matamoros, Daniel; Fernández de la Hoz, Karoline; Herrador Ortiz, Zaida; Merino Merino, Begoña,

et al. Innovando en Salud Pública: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la presidencia española de la unión europea en 2010. Revista Española de Salud Pública [internet]. 2010 [consultado Agosto de 2018], 84, (1): 3 – 11. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17012439002>

- 30- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington: OPS; [2002] [consultado en Octubre de 2017]. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [aprox. 114 pantalla]. Disponible en:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/>

[FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf](#)

- 31- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington: OPS; [2002] [consultado en Octubre de 2017]. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [aprox. 115 pantalla]. Disponible en:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/>

[FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf](#)

- 32- Ministerio de Salud [internet]. Buenos Aires: MinSal; [consultado Diciembre 2017]. Evaluar para seguir adelante: Resultado del Programa Redes. [aprox. pantalla]. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/redes/evaluar-para-seguir-adelante-resultados-del-programa-redes/>

- 33- Sbárbaro Romero, Milton. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: Proceso de su elaboración. RUE [internet]. Año 2017 [consultado Agosto de 2018]; 12, (1): 21 – 42. Disponible en:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/212/206>
- 34- Sociedad Española de Diabetes [internet]. Madrid: SED; [2009; consultado Agosto de 2018]. Mejora Asistencial del diabético: la calidad asistencial y los programas de mejora en diabetes [aprox. 43 pantalla]. Disponible en:
https://www.sediabetes.org/cursos_formacion/volumen-6-mejora-asistencial-del-diabetico/
- 35- Sociedad Española de Diabetes [internet]. Madrid: SED; [2009; consultado Agosto de 2018]. Mejora Asistencial del diabético: la calidad asistencial y los programas de mejora en diabetes [aprox. 10 – 14 pantalla]. Disponible en:
https://www.sediabetes.org/cursos_formacion/volumen-6-mejora-asistencial-del-diabetico/
- 36- Sociedad Española de Diabetes [internet]. Madrid: SED; [2009; consultado Agosto de 2018]. Mejora Asistencial del diabético: la calidad asistencial y los programas de mejora en diabetes [aprox. 44 pantalla]. Disponible en:
https://www.sediabetes.org/cursos_formacion/volumen-6-mejora-asistencial-del-diabetico/
- 37- , 38, 39, 40, 41, 42 Sociedad Española de Diabetes [internet]. Madrid: SED; [2009; consultado Agosto de 2018]. Mejora Asistencial del diabético: la calidad

asistencial y los programas de mejora en diabetes [aprox. 121 - 152 pantalla].

Disponible en:

https://www.sediabetes.org/cursos_formacion/volumen-6-mejora-asistencial-del-diabetico/

43- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington: OPS; [2002] [consultado en Marzo de 2022]. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [aprox. 21 – 25 pantalla]. Disponible en:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-americas-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=es

44- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Marzo de 2022]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 22 pantalla]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

45- Sbárbaro Romero, Milton. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: Proceso de su elaboración. RUE [internet]. Año 2017 [consultado Marzo de 2022]; 12, (1): 21 – 42.

Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/212>

46- Gallo, Maria; Sosa, Santiago. Principales cambios en el sistema de Salud el Uruguay: Avances hacia la universalidad del aseguramiento. Asesoría General en Seguridad Social: Comentarios de Seguridad Social N° 47 [internet]. 2015 [consultado agosto de 2017]: pág. 158. Disponible en:

https://www.bps.gub.uy/bps/file/9420/1/47._cambios_de_salud_del_uruguay._avances_hacia_la_universalidad_de_aseguramieto._gallo_alejandra_y_sosa_santiago.pdf

47 – Poder Legislativo [internet]. Montevideo: Parlamento; [consultado Marzo de 2022]. Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud [aprox. 3 pantalla]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

48 - Poder Legislativo [internet]. Montevideo: Parlamento; [consultado Marzo de 2022]. Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud [aprox. 23 pantalla]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

49- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Marzo de 2022]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 21 pantalla]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

50- Organización Panamericana de la Salud [internet]. Rio de Janeiro: ISGS, UNASUR [2014] [consultado Marzo de 202]. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur – Mapeo de la APS en Uruguay [aprox 42 pantalla]. Disponible en:

<https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/Mapeo%20y%20 analisis%20de%20los%20modelos%20APS%20en%20America%20del%20Sur.pdf>

51- Ministerio de Salud Pública [internet]. Uruguay: MSP [2017] [consultado marzo de 2022]. Guia práctica clínica de Diabetes Mellitus Tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio [aprox 90 pantalla]. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-de-diabetes-mellitus-tipo-2-para-la-atencion-en>

52, 53, 54,55, 56 – Organización Panamericana de la Salud [internet]. Washington D.C. OPS [2007] [consultado Marzo de 2022]. Documentos de posición: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [aprox. 39 - 43 pantalla]. Disponible en:

<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>

Anexos

- (I) Procedimiento para Evaluar Redes Integradas en Salud



*Procedimiento para para evaluar el desempeño de
redes integradas de servicios públicos de salud, del
primer nivel de atención, en el contexto uruguayo.*

Prof. Agdo. Mg. Sbarbaro Romero M.

Departamento de Administración

Facultad de Enfermería - Udelar

ENSAP – Cuba

Montevideo – Uruguay

2016

Introducción

Los procesos de evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios, se han convertido en instrumentos indispensables para la gestión de los servicios de salud, como parte de los cambios hacia procesos de mejora de calidad.

Este “Procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud” se configura en una herramienta útil para el éxito de los modelos de atención, basados en una gestión científica que contribuya a aumentar el acceso de la población, en especial la más vulnerable, a servicios sanitarios de calidad.

El presente Procedimiento está dirigido a investigadores en general y a directivos de niveles micro, meso y macro de la red pública de efectores de salud del Primer Nivel de Atención, con el objetivo de poner a su disposición una guía para realizar las evaluaciones de desempeño de sus servicios y poder efectuar las correcciones necesarias para la mejora de la calidad de las prestaciones.

En el mismo se detallan las acciones o pasos a desarrollar, se explicita además la forma de utilizar la herramienta y de interpretar los resultados (a través de índices y de una escala colorimétrica).

Por último, para la realización del estudio de la red, se sugiere contar con el apoyo de aquellos especialistas que se entienda conveniente, en dependencia de las virtudes de quien lo vaya a implementar.

*“al fin y al cabo, la problemática de la calidad,
no trata sino de la percepción de la excelencia por el usuario”*

Villar H.

Siglas y glosario.-

IDCR- Índice de Desempeño del Componente de la Red.

IDSR- Índice de Desempeño del Sector de la Red.

IDGR- Índice de Desempeño Global de la Red.

OPS- Organización Panamericana de la Salud.

HERSS- Herramienta para Evaluar Redes de Servicios de Salud.

RISS- Redes Integradas de Servicios de Salud

Componentes de las RISS- Partes fundamentales e interactuantes de las redes sanitarias integradas, identificadas en este material como Modelo de Atención, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión, y Financiamiento e Incentivo.

Sector de la HERSS- Son las partes de la HERSS que identifica a cada uno de los actores pertenecientes a la red, identificados como Usuarios, Equipo de Salud y Directivos.

Importante: Este Procedimiento fue validado para ser aplicado a nivel nacional, y a nivel de las regiones y subregiones de la red de efectores públicos del PNA de Uruguay.

Paso 1.- Caracterización de la red integrada de servicios públicos de salud.

Es indispensable realizar un diagnóstico del proceso de atención prestado en la red de efectores públicos, a través de una perspectiva de redes integradas, que tome como base los cuatro componentes planteados por la OPS, los cuales se describen a continuación:

a) MODELO DE ATENCIÓN - *Este componente refiere a la estructura que presenta la red para dar cobertura a las necesidades de salud de las poblaciones, en relación con sus establecimientos, servicios brindados, coordinación de los mismos y aspectos socio culturales a tener en cuenta para dicha cobertura*

Se identificará la existencia de: áreas geográficas y número de usuarios de la red; análisis de situación de salud de las poblaciones teniéndose en cuenta los determinantes sociales; servicios de diagnóstico clínico, laboratorio y farmacia; Programas de salud, guías clínicas o protocolos de seguimiento de usuarios portadores de la enfermedad identificada como trazadora; efectores de referencia y contra referencia; equipos multidisciplinarios; mecanismos de capacitación del RRHH en el modelo sanitario, en los derechos de los usuarios y en el trabajo familiar y comunitario.

b) GOBERNANZA Y ESTRATEGIA - *Este componente se vincula con el control de la estructura, composición y funcionamiento de la red, y con el proceso de creación de la visión y misión de la organización, sus metas y objetivos.*

Se describirá la composición del órgano de dirección y la existencia de: Misión, Visión y Objetivos de la red; mecanismos de monitoreo y evaluación del desempeño; coordinaciones inter institucionales para el abordaje de los factores de riesgo en general, y en particular de los FR de la enfermedad trazadora.

c) ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN- *Este componente está vinculado a los procedimientos internos de la red para el manejo de los sistemas de apoyo al cuidado de las poblaciones, referidos a los sistemas clínico, administrativo y logístico; los recursos humanos; y los sistemas de información utilizados en la red.*

Se reconocerá la existencia de: sistemas de gestión clínica, apoyo logístico y administrativo; identificar los sistemas de información de la red; y detallar el RRHH y su nivel de formación.

d) FINANCIAMIENTO E INCENTIVO - *Este componente es entendido como la forma de obtención de los recursos financieros que permitan lograr los objetivos planteados por el sistema, y la manera de incentivar a la integración de todos los actores en la resolución de los problemas de salud; lo que contribuye a la eficiencia global de la red.*

Se identificará la existencia de incentivos financieros al trabajador y al efector.

e) OTROS - Detalle otras características que considere de importancia destacar.

Paso 2.- Determinar el alcance de la evaluación del desempeño de la red

Del alcance de la evaluación depende el uso que se le dará a esta tecnología sanitaria y las diferentes posibilidades que la misma brinda.

Se recuerda que esta tecnología fue diseñada para evaluar el desempeño de la red en forma Global. Además la HERSS es fiable para medir el desempeño de la red desde la perspectiva individual de sus actores, a través de su aplicación por sección (directivos, trabajadores y/o usuarios). Así mismo, es una herramienta fiable para medir por separado los componentes Modelo de atención, Gobernanza y estrategia y el componente de Financiamiento con la perspectiva de los actores de la red.

Estas definiciones dependerán de los intereses de los evaluadores y las necesidades y posibilidades de la red. No obstante, se recomienda que la evaluación sea global y que tenga en cuenta el punto de vista de todos los actores.

La determinación del alcance de esta evaluación es de responsabilidad de la dirección de la red atendiéndose para la misma las opiniones de los trabajadores y usuarios de la misma, ya que dicha evaluación requiere destinar diversos recursos para su aplicación, los que se deben valorar en función de los objetivos que se busquen con la evaluación del desempeño.

Este paso es necesario para establecer el universo del estudio. Se aconseja, siempre que sea posible, que no se trabaje con muestras y se cense el universo. De no ser viable utilice técnicas estadísticas correspondientes para realizar el diseño muestral.

Paso 3.- Aplicar la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS)

El Procedimiento se viabiliza en la práctica a través de la HERSS. Consiste en un cuestionario anónimo, con preguntas estructuradas y dirigidas a los actores definidos.

La HERSS se adjunta a este instructivo.

Esta herramienta utiliza a la DMT2 como trazador para evaluar la calidad de los servicios sanitarios brindados por la red, en su desarrollo se tuvo en cuenta la epidemiología de Uruguay.

Si se decide por parte de los evaluadores, realizar la medición de desempeño con otro trazador, se debe ajustar el Procedimiento diseñado al mismo.

En este caso el trazador utilizado es la DMT2, por lo que se aplicará la HERSS en:

- la sección usuarios, solamente a las personas portadoras de la enfermedad seleccionada.

- la sección equipo de salud, solamente a los trabajadores de la red que actúan directamente con estas personas (médico, lic. y aux. enfermero, nutricionista, odontólogo, psicólogo, asistente social, podólogo, endocrinólogo y/o diabetólogo, oftalmólogo, nefrólogo y cardiólogo).

- la sección directivos, a los integrantes del equipo de dirección de la red.

Recuerde que NO es una herramienta auto administrada, por lo que las personas que apliquen la HERSS deberán tener un entrenamiento previo en el uso de la misma, para ello habrá de realizarse talleres de capacitación en técnicas de entrevistas en general y en la HERSS en particular, lo que incluye aspectos técnicos sobre la estructura de la herramienta y elementos de contenido del cuestionario.

La entrevista se realiza en un tiempo promedio de 30 minutos, por lo que se debe contar con un espacio adecuado para el desarrollo de la misma. Se sugiere realizarla en un consultorio de la policlínica para que las personas estén confortables, y se logre así una empatía con el Procedimiento y una retención mayor del número de participantes. La entrevista se debe coordinar con antelación, para evitar contratiempos.

Importante: *obtener previamente el consentimiento informado de las personas a las que se les aplicará el cuestionario (el mismo se encuentra anexo a la HERSS).*

Para el análisis se debe generar una base de datos, recomendándose el programa Epi Manager y Epi Data.

Paso 4.- Medición de los índices de desempeño

Como se ha reiterado a lo largo de este Procedimiento, la medición se realizará de acuerdo a lo que se determinó en el alcance de la evaluación (Paso2).

Índice de Desempeño de Componentes de la Red (IDCR)

Luego de tener los datos por sección de la HERSS, se procederá a contabilizar las respuestas “SI” (ítems válidos) en todos los formularios, de cada componente (Modelo de Atención; Gobernanza y Estrategia; Organización y Gestión; y Financiamiento e Incentivo), cuya suma corresponderá al numerador de la fórmula. El denominador será el total de respuestas obtenidas (ítems del componente) en todos los formularios, de cada componente.

$$\text{IDCR} = \frac{\text{Total de ítems válidos del componente}}{\text{Total de ítems del componente}}$$

Se recuerda que este índice se puede medir de forma independiente en cada sector o a nivel global a través de todos los sectores. Para ello se realizará el cociente entre la sumatoria de los IDCR válidos de todos los sectores, sobre el número de sectores utilizados para el cálculo de ese IDCR global.

$$\text{IDCR (Global)} = \frac{\text{Sumatoria de resultados de IDCR válidos}}{\text{N de IDCR}}$$

IMPORTANTE: *El presente Procedimiento esta validado para medir el desempeño global de la red con la inclusión de la perspectiva de todos sus actores (directivos, trabajadores y usuarios), además permite evaluar su desempeño desde la perspectiva individual de cada uno de ellos.*

Permite evaluar también de forma fiable, el desempeño de los componentes de Modelo de atención, Gobernanza y estrategia y Financiamiento e incentivos.

Ejemplo: Para el cálculo del IDCR (Global) del componente Gobernanza y Estrategia, tenemos que el numerador está constituido solamente por la sumatoria de resultados de los IDCR del Equipo de Salud y de los Directivos, ya que el IDCR de la sección de los Usuarios no se mide por haber arrojado valores de no confiabilidad en los test de validación; y el denominador sería de 2, por ser la cantidad de IDCR contemplados en ése componente.

Global Gobernanza y Estrategia:

$$\text{IDCR} = \frac{\text{IDCR (Eq. Salud)} + \text{IDCR (Directivos)}}{2}$$

Índice de Desempeño de Sector de la Red (IDSR)

Para la obtención del índice de desempeño por sector, se realiza el mismo método que en el índice por componente, pero con todos los ítems del sector analizado.

$$\text{IDSR} = \frac{\text{Total de ítems válidos del sector}}{\text{Total de ítems del sector}}$$

Índice de Desempeño Global de la Red (IDGR)

Luego de obtenidos los índices por sector (IDSR), se procederá a medir el nivel de desempeño alcanzado por la red a través del índice de desempeño global (IDGR). Éste es el resultado del cociente entre la suma de los índices de desempeño de los sectores dividido el total de sectores analizados.

$$\text{IDGR} = \frac{\text{IDSR (U)} + \text{IDSR (Eq. S.)} + \text{IDSR (D)}}{3}$$

Para estos cálculos se puede utilizar cualquier paquete estadístico, como Libre Office Calc.

Paso 5.- Clasificación del desempeño de la red

Para la obtención del nivel de desempeño global o de componentes de la red, se aplicará a los índices de desempeño calculados en el Paso 4 la siguiente escala:

Escala	Operacionalización de la categoría	Valor
Alto	La red de servicios ha logrado niveles de calidad aceptables en el componente explorado, en su estructura, procesos y/o resultados, para satisfacer plenamente las necesidades de los usuarios.	> 80
Parcialmente Alto	La red de servicios ha logrado niveles de calidad aceptables en el componente explorado, en su estructura, procesos y/o resultados, para satisfacer en parte las necesidades de los usuarios.	0,5 – 0,8
Bajo	La red de servicios no ha logrado niveles de calidad aceptables en el componente explorado, en su estructura, procesos y/o resultados, para satisfacer plenamente las necesidades de los usuarios.	< 0,5

El nivel de desempeño de la red le dará una idea clara de la calidad de los servicios brindados por la red para satisfacer las necesidades de los usuarios, de acuerdo a las políticas de salud definidas por la administración sanitaria.

Paso 6.- Evaluación de la calidad

Una vez obtenidos los niveles de desempeño de la red, para finalizar se deben interpretar los resultados obtenidos de la aplicación del presente Procedimiento.

El Procedimiento está diseñado para evidenciar los procesos y/o la estructura de la red que afecta el cuidado a las poblaciones de referencia.

El análisis particular por sección y componentes de la red, le brindará los elementos claves y necesarios para desarrollar las acciones encaminadas a resolver las deficiencias encontradas durante la evaluación, estimular las iniciativas de mejoras y ponerlas en práctica en el camino hacia la Mejora Continua de la Calidad.

Prof. Agdo. Mg. Sbarbaro Romero M.

Cátedra de Administración - Facultad Enfermería – UdelaR
msbarbaro@fenf.edu.uy

(II) Herramienta para medir el Desempeño de Sistemas de Salud en Red

Herramienta para medir el Desempeño de Sistemas de Salud en RED

USUARIOS

Cuestionario N°.....

Componente: MODELO ASISTENCIAL

Dimensión: Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades.		
1	¿Conoce la policlínica que le corresponde para atender su salud?	SI NO
2	¿Concurre siempre a la misma policlínica para el control y seguimiento de su Diabetes?	SI NO
NO pase a P4		
3	¿Es la policlínica que se encuentra más cercana a su domicilio, trabajo o centro de estudio?	SI NO
4	¿Le han realizado en la policlínica, alguna encuesta relacionada con la Diabetes?	SI NO NO RECUERDA
5	¿Le han realizado en la zona donde vive, alguna encuesta relacionada a temas de salud?	SI NO NO RECUERDA

Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud.		
6	¿En la policlínica, existe un programa específico para la atención al usuario portador de DMT2?	SI NO NO SABE
NO pase a P8		
7	¿Usted participa en dicho programa?	SI NO
8	¿Si usted tuviera que internarse, conoce los hospitales de referencia de su policlínica?	SI NO
9	¿Si usted necesita consultas con especialistas (diabetólogo, oftalmólogo, cardiólogo, nutricionista, odontólogo, etc.), sabe a qué policlínica tiene que concurrir?	SI NO
10	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales para realizarse exámenes básicos de RX y laboratorio?	SI NO
11	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales de referencia de su policlínica, para retirar medicamentos y material para el automonitoreo de glicemia?	SI NO
12	Cuando pide hora para un control de salud en su policlínica, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por el equipo de salud? 1 día <2 - 3 D.> <4 - 7D.> <8 - 15D.> <15 días NO RECUERDA NO SE HA CONTROLADO	
13	Cuando pide hora para ver a un Especialista, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por él? >7 días <8 - 15> <15 - 30> <30 - 60> <60 días NO RECUERDA NO HA VISTO ESPECIALISTAS	
14	¿Ha tenido dificultades para obtener los medicamentos para el tratamiento de su diabetes? NUNCA CASINUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE	
15	¿Ha tenido dificultades para obtener los insumos para el automonitoreo de glucemia? NUNCA CASINUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE	

Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario.		
16	¿Ha concurrido a la puerta de emergencias para realizarse los controles de Diabetes, sin sentirse en ese momento descompensado? NO - NO RECUERDA - NO SE CONTROLA <i>pase a P19</i>	SI NO NO RECUERDA NO SE CONTROLA
17	¿Porque concurrió a la puerta de Emergencia y no fue a la policlínica? Por los horarios de la policlínica Por demora en conseguir cita con Médico Gral. Por demora en conseguir cita con Especialista Porque no existe material para el monitoreo de la glicemia en la policlínica Otro.....	
18	¿Conoce las profesiones que integran el equipo de salud de la policlínica, que trabajan en su atención? NO <i>pase a P20</i>	SI NO
19	¿Cuáles son?	

20	¿Cuándo tiene que realizarse estudios o necesita tratamiento en hospitales: le coordinan la hora desde su policlínica y le avisan? sale de la consulta de la policlínica con el día y la hora ya agendados? va personalmente a sacar hora al hospital que corresponde? pide día y hora por teléfono en el hospital que corresponde? No Corresponde Otro situación.....	
----	--	--

Dimensión: Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado.		
21	¿Concorre siempre al mismo centro asistencial a realizarse los exámenes básicos de: sangre? RX? Ecografías?	SI NO No se ha realizado SI NO No se ha realizado SI NO No se ha realizado
22	¿Concorre siempre al mismo centro asistencial a la consulta con: Diabetólogo/Endocrinólogo? Cardiólogo? Lic. Enfermero (Nurse)? Nutricionista? Oftalmólogo? Odontólogo? Podólogo?	SI NO Nunca Consulte SI NO Nunca Consulte
23	¿En alguna oportunidad le realizaron controles de salud relacionados con la DMT2, por parte de algún integrante del equipo de salud de la policlínica: en su domicilio? en su trabajo? en su centro de estudios?	SI NO No Recuerda SI NO No Corresponde SI NO No Corresponde
24	¿En las internaciones hospitalarias concorre siempre al centro hospitalario que le corresponde?	SI NO No tuvo Internaciones

Dimensión: Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios.					
25	¿Cada cuanto tiempo se controla con los siguientes especialistas:				
	Diabetólogo/Endocrinólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Cardiólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Lic. Enfermero (Nurse)?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Nutricionista?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Odontólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Oftalmólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Podólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
26	¿Cada cuanto tiempo se realiza controles de:				
	HbA1c?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Glucemia?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Perfil lipídico?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Proteinuria?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Microalbuminuria?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Creatinina?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Peso?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
	Estatura?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES NO HAY RUTINA
27	¿El tratamiento que usted recibe (para la DMT2), ha sido discutido con otros profesionales diferentes al médico que lo trata?				SI NO NO SABE
28	¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de la consulta con Especialistas de otras policlínicas u				SI NO NO SABE

	hospitales?	NUNCA CONSULTE
	NUNCA CONSULTE <i>pase a P30</i>	
29	¿Cuándo concurre a una consulta con un Especialista de otra policlínica u hospital, ¿Dicho profesional tiene un resumen de su historia clínica?	SI NO NO SABE NUNCA CONSULTE
30	¿Cuándo necesitó hospitalizarse enviaron al hospital un resumen de su historia clínica?	SI NO NO SABE NO ME HOSPITALICE
	NO ME HOSPITALICE <i>pase a P32</i>	
31	¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de sus internaciones hospitalarias?	SI NO NO SABE NO ME HOSPITALICE

Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.		
32	¿Usted fue orientado en los derechos que tiene como usuario del SNIS?	SI NO NO RECUERDA
33	¿Usted conoce el funcionamiento del nuevo SNIS?	SI NO NO RECUERDA
34	¿Usted fue orientado en los derechos de atención a la salud que tiene como persona portadora de DMT2?	SI NO NO RECUERDA
35	¿Cuál es la percepción que usted tiene sobre el respeto de sus derechos como persona portadora de DMT2 en el sistema sanitario? MUY MALA MALA NI MALA NI BUENA BUENA MUY BUENA	
36	¿Usted percibe que sus creencias son tomadas en cuenta por el equipo de salud de la policlinica, para el cuidado de su salud?	SI NO
37	¿Usted incorpora la medicina alternativa (por ejemplo yuyos) como parte del tratamiento de la DMT2? NO pase a P39	SI NO
38	¿Lo realiza en acuerdo con el equipo de salud de la policlinica?	SI NO
39	¿Usted percibe si su género es tomado en cuenta para el tratamiento que le realizan?	SI NO No Corresponde
40	¿Personas de su núcleo familiar fueron capacitadas por personal de la policlinica, para colaborar en el cuidado de su DMT2? NO - NO SABE- No Corresponde pase a P42	SI NO NO SABE No Corresponde
41	Si su respuesta es positiva, ¿esa capacitación fue a través de? CURSOS CHARLAS FOLLETERÍA OTRO.....	
42	¿Personas de su entorno laboral y/o social fueron capacitadas por personal de la policlinica, para colaborar en el cuidado de su DMT2? NO - NO SABE - No Corresponde pase a P44	SI NO NO SABE
43	Si su respuesta es positiva, ¿esa capacitación fue a través de? CURSOS CHARLAS FOLLETERÍA OTRO.....	
44	¿Usted participa en las decisiones sobre el tratamiento de su diabetes?	SI NO

III

Síntesis de datos Usuarios

N° VARIA BLE	EFECTOR MVD HOSPITAL PASTEUR POLICLINICA DIABETES			TOTAL/ DIMENS	RAP CANELONES			RAP RIVERA		
	FA	FR %	OBSERVACION		FA	FR	T/D	FA	FR	T/D
1	88/89	98			186/187	99		127/129	98	
2	78/90	86			175/187	93		122/129	94	
3	59/77	76			165/187	88		107/129	82	
4	28/89	31		271/434	17/187	9	561/935	15/29	11	377/645
5	18/89	20		62%	18/187	10	60%	6/129	4	58%
6	65/90	72			31/187	16		80/129	62	
7	55/65	84			16/187	8		118/129	91	
8	85/89	95			152/187	82		129/129	100	
9	88/90	97			157/187	83		126/127	97	
10	89/90	98			172/187	92		127/129	97	
11	88/89	98			180/187	96		128/129	99	
12	02*87	2	1 dia		90/181	49		26/29	20	
13	13/89	14	15 y 30 d		7/165	4		3/129	2	
14	67/85	78	nunca	622/858	107/187	57	989/1842	116/129	89	972/1285
15	70/84	83	nunca	72%	77/187	41	53%	119/129	92	75%
16	61/86	71	(no)		167/187	94		125/129	96	
17	15/26	57	Horarios POLI		110/187	59		111/129	85	
	2*2600	7	Demora MG Demora ESP Sin material							
18	79/90	87			112/187	65		118/128	91	
19	62/90		(Mayor FR	165/290			304/5	124/		261/3

20	25/88	28	Diabetologo) SALE c AGENDA	57%	25/162	15	26 57%	124 18/1 28	14	85 67%
21	82/85	96	sangre		171/18	94		118/ 126	93	
	79/82	96	rx		110/13	84		68/1 05	64	
	56/59	94	eco		79/97	81		58/7 8	74	
22	85/85	100	diabetologo		117/18	62		94/1 27	72	
	77/90	85	cardiologo		120/18	64		56/1 29	43	
	44/59	74	lic enf		8/187	4		9/12 9	6	
	62/71	87	lic nut		122/18	65		56/1 29	43	
	60/80	75	oftalmo		78/187	41		68/1 29	52	
	58/60	96	odont		53/187	29		43/1 29	33	
	40/63	63	podol		20/187	11		12/1 29	9	
23	19/90	21	su casa		11/180	6		00/1 29	0	
	5*75	6	su trabajo		5/187	3		00/1 29	0	
	5*60	8	su estudio	726/1016	6/187	3	1010/ 2442	00/1 29	0	649/1 667
24	54/57	94		71%	110/17	65	41%	67/7 0	95	39%
25	71/84	84	menor a 3		100/18	53		44/1 29	34	
	59/90	65	12+		97/187	52		36/1 29	28	
	32/44	72	menor a 3		8/187	4		5/12 9	3	
	32/60	53	menor a 3		59/187	31		18/1 29	14	
	14/62	33	12+		38/187	20		29/1 29	22	
	23/69	33	12+		50/187	26		17/1 29	13	
	17/41	41	12+		18/187	10		6/12 9	4	
26	0/70	0	12+		58/187	29		11/1 29	8	
	66/76	86	menor a 3		58/187	29		15/1 29	11	
	0/69	0	12+		130/18	69		8/12 9	6	

	0/66	0	12+		130/18	69		11/1	8	
					7			29		
	1*64	1	12+		130/18	69		9/12	7	
					7			9		
	0*69	0	12+		135/18	72		10/1	7	
					7			29		
	68/74	91	12+		83/187	44		9/12	7	
								9		
	14/77	18	12+		77/187	41		8/12	6	
								9		
27	35/61	57			7*97	7		34/1	27	
								26		
28	41/89	46			22/125	17		58/1	57	
								04		
29	49/56	87		600/1354	28/187	15	1425/	58/1	45	497/2
							3502	29		477
30	37/58	63		44%	98/162	60	40%	17/6	25	20%
								7		
31	41/59	69			99/166	60		94/1	81	
								16		
32	30/90	33			20/187	11		5/12	3	
								9		
33	52/90	57			25/187	14		12/1	9	
								29		
34	57/90	63			72/187	38		14/1	11	
								29		
35	74/90	82	B y MB		121/18	64		119/	92	
					7			129		
36	86/90	95			140/18	75		119/	92	
					7			129		
37	42/90	46			70/187	37		64/1	49	
								29		
38	25/40	62			39/187	21		60/1	46	
								29		
39	59/61	96			58/133	43		57/9	57	
								9		
40	47/79	59			20/187	11		19/1	16	
								15		
41	41/64		charlas y follet		20/20			18/1		
								9		
	22/64		otros		N/A	N/A		N/A	N/A	
42	9*85	10			7/187	4		1/12		
								9		
43	18/20		charlas y follet	568/893	7*7		649/2	1*1		632/2
							057			003
	2*20		otros	63%	N/A	N/A	31%	N/A	N/A	31%
44	87/88	98			60/187	32		115/	89	
								129		
				2952/484			4938/			3388/
				5			11304			8462

SI	2952
TOTAL ITEMS VALIDOS	5144
IDCR	0,57

SI	4938
TOTAL ITEMS VALIDOS	11968
IDCR	0,41

SI	3388
TOTAL ITEMS VALIDOS	8390
IDCR	0,41