

Trabajos de investigación/Research articles/Artigos de pesquisa

Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud/Construction and validation of a tool to evaluate the performance of Integrated Health Services Networks/Construção e validação de um instrumento para avaliar o desempenho de Serviços Integrados de Saúde Networks

Milton Sbárbaro Romero¹

Recibido: 17 de diciembre de 2015

Aceptado: 30 de abril de 2016

Resumen

Estudios realizados en sistemas y servicios de salud evidenciaron una relación directa en la mejora de su desempeño, con modelos de atención basados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). En particular se identificó en Uruguay la ausencia de herramientas que permitan evaluar el nivel de desempeño de las redes sanitarias. El objetivo de este artículo es mostrar el procedimiento metodológico y la tecnología diseñada para evaluar el desempeño de una red de efectores públicos de salud basados en la estrategia RISS. Para ello se realizó una investigación de desarrollo en Sistemas y Servicios de Salud entre los años 2012 – 2015. Se construyó un marco operacional que permitió elaborar una herramienta preliminar válida y confiable para evaluar el desempeño de la red de servicios de salud de la Red de Atención del Primer Nivel. La validez de contenido fue realizada a través de criterio de expertos, realizando luego una prueba de campo que permitió identificar criterios de confiabilidad a través de los coeficientes Alfa de Cronbach y V de Cramer, además de realizar una validación de criterio con los Directivos de la red. Se concluye que la herramienta desarrollada bajo el modelo de Garantía de Calidad, es válida y confiable, factible de aplicar; ajustándola a cada realidad puede ser utilizada en las redes de atención del primer nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado para evaluar su desempeño.

Palabras clave: Red Integrada de Servicios de Salud, Evaluación de Servicios de Salud, Garantía de la Calidad de Atención de Salud, Sistemas de Salud.

Abstract²

Studies in health systems and services showed a direct relationship improving their performance, with models based on care Integrated Networks Health Services (RISS). In particular Uruguay was identified in the absence of tools to evaluate the level of performance of healthcare networks. The aim of this article is to show the methodological procedures and technology designed to evaluate the performance of a network of public health effectors based on the RISS strategy. This requires a development research that was conducted in the Health Systems and Services between 2012 – 2015. An operational framework was built enabling the development of a Preliminary valid and reliable tool for evaluating the performance of the service network Health Care Network Level One. Content validity was carried out Through expert judgment, then performing a field test that allowed identify criteria of reliability through Cronbach's alpha coefficients and V of Cramer, in addition of validation criteria with network executives. It is concluded that the tool developed under the paradigm of process Warranty Quality is valid and reliable, feasible to implement than adjusting to each situation it can be used in networks of care at the first level of the Administration State Health Services to evaluate its performance.

Key words: Network Integrated Health Services, Health Services Evaluation, Quality Assurance Health Care, Health Systems.

¹Licenciado Enfermero. Magister en Administración de Servicios de Salud. Profesor Adjunto de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. msbarbaro@fenf.edu.uy

²Traducción al inglés realizada por el autor

Resumo³

Estudos em sistemas e serviços de saúde mostrou uma relação direta em melhorar o seu desempenho, com modelos baseados redes de cuidados de Serviços Integrados de Saúde (RISS). Em particular Uruguai foi identificado na ausência de ferramentas para avaliar o nível de desempenho de redes de saúde. O objetivo deste artigo é mostrar o procedimento metodológico e tecnologia projetada para avaliar o desempenho de uma rede de efetores de saúde pública com base na estratégia RISS. Isto requer uma pesquisa de desenvolvimento em Sistemas e Serviços de Saúde foi realizado entre os anos de 2012-2015. Se construiu um quadro operacional que permitiu desenvolver um ferramenta preliminar válido e confiável para avaliar o desempenho da rede de cuidados de saúde do primeiro nível. A validade de conteúdo foi realizada através de pareceres de peritos, em seguida, realizar um teste de campo que identificou critérios de confiabilidade através do Alfa coeficientes de Cronbach e V de Cramer, além de critérios de validação com os directores dos rede. Conclui-se que a ferramenta desenvolvida sob o paradigma da garantia de qualidade processo é válido e confiável, viável de implementar do que ajustando a cada situação pode ser usado em redes de cuidados de primeiro nível da Administração de Serviços de Saúde do Estado para avaliar o seu desempenho.

Palavras chave: Serviços de Saúde Integrados em Red, Avaliação de Serviços de Saúde, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde, Sistemas de Saúde.

³Traducción al portugués realizada por el autor

Introducción

El pretender desarrollar una herramienta con rigor científico surge de la imperiosa necesidad de contribuir a la ciencia de la Salud Pública en su objetivo de dar respuestas planificadas de las sociedades a los problemas de salud. Se entiende que el verdadero concepto de atención integral a la salud que toma como principio los diferentes sistemas de salud de la región, lleva implícita “la participación de múltiples actores y de diferentes sectores de la sociedad. No es una responsabilidad exclusiva del sector salud, sino que implica una participación multisectorial debidamente programada”. En ésta perspectiva, G. Toledo Curbelo plantea que “el concepto de salud pública, se define como una actividad gubernamental y social importante, de naturaleza multidisciplinaria y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad”. En éste sentido, los diferentes países han desarrollado sus modelos sanitarios dependiendo de sus sistemas de gobierno y posibilidades. En las Américas y el Caribe la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como parte de una estrategia de telaraña junto con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), son quienes han financiado y llevado adelante las reformas de la región en general y del Uruguay en particular. En los últimos tiempos, más precisamente luego de la gran crisis económica de la década de los 90, generada como consecuencia directa de la aplicación de políticas neoliberales en todos las áreas de la sociedad, OPS ha impulsado una serie de iniciativas con el pretendido fin de mejorar la accesibilidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud. En el año 2000, “teniendo en cuenta la importancia de los sistemas sanitarios para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida y reconociendo el importante papel de los estudios del desempeño de los sistemas sanitarios para mejorar su calidad, equidad y otros criterios pertinentes”, OPS instó a los Estados miembros a medir las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En el año 2003 en el marco de las transformaciones emprendidas en las Américas plantea que “la Atención Primaria en Salud (APS) tiene un gran potencial como vehículo pertinente para satisfacer entre otros el desafío que se le presenta de futuro en la salud de las Américas (...) de una intensificación de los esfuerzos dirigidos a garantizar el estatuto de ciudadanía en salud y la universalidad de acceso al tiempo que se da una atención prioritaria a la salud de los grupos menos privilegiados, a la reducción de las desigualdades en salud y en los sistemas de atención de salud; (...) una atención de salud, bajo una red de servicios de calidad y eficacia, que satisfaga a individuos, familias y comunidades y en la cual participen todos ellos; (...) y el fortalecimiento de la infraestructura y de las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las FESP”. En el año 2007 OPS redefine su posición sobre la APS arguyendo que “a pesar de las enormes inversiones efectuadas, los resultados de la mayoría de las reformas han sido limitados, contradictorios o incluso negativos en lo que se refiere a la mejora de la salud y la equidad. Renovar la APS significa algo más que el simple ajuste a la realidad del momento actual ya que para reformarla es preciso realizar un

examen crítico de su significado y su finalidad”. Ya en el 2010 lanza la iniciativa RISS, estrategia asumida por la administración sanitaria de Uruguay para organizar modelo de atención en el contexto de una nueva reforma del sector, en la cual crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con los principios entre otros de brindar “cobertura universal, con accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud; con equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones”. El SNIS plantea la importancia de organizar al sistema sanitario 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 (...), 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. Para lo cual plantea que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) será quien lidere el cambio del modelo asistencial de acuerdo a los postulados del sistema, siendo referente en la atención a la salud a nivel nacional promoviendo una atención humanizada, de acceso equitativo, brindando servicios de excelencia. A. Ferreira, gerente general de ASSE (2012) expresa que el marco conceptual que guía esta propuesta es el de Redes Integradas de Servicios de Salud de OPS. Si bien la estrategia de redes integradas ha sido ampliamente difundida y generalizada como la solución al problema de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, el estudio de revisión realizado por García-Fariña, García-Rodríguez, Rodríguez-León y Galvez-González concluyó que “actualmente aún no se cuenta con información concluyente acerca de la relación entre las diversas formas de integración de los servicios de salud y el logro de sus objetivos de continuidad, eficiencia y calidad”, lo que deja al descubierto la importancia del desarrollo de investigaciones sobre el impacto en el sistema sanitario de ésta estrategia. En un estudio desarrollado en localidad 11 de Bogotá, a través del Hospital de Suba II Nivel-Empresa Social del Estado (ESE), se “aplicaron cuatro tipos de instrumentos, acordes con la metodología validada por Macinko, Almeida, Oliveira y Klingelhofer y Macinko, Almeida y Klingelhofer, dirigidos a obtener las diversas perspectivas de los actores sobre los atributos de APS”. Éstos instrumentos evalúan el desempeño de la red a través de los atributos APS que “tuvo en cuenta los siguientes elementos, definidos por Barbara Starfield: primer contacto, acceso, vínculo o longitudinalidad, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación a la comunidad y formación profesional específica” Si bien se concluye en el estudio que los instrumentos fueron efectivos para realizar la evaluación rápida del desempeño de la red, los mismos quedan limitados a evaluar casi exclusivamente el componente Modelo de Asistencia, sin estudiar el desempeño en los restantes componentes de Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación e incentivos, tan o más importante en el desempeño de la red que el primero. Otro estudio desarrollado en Cuba concluyó que “el tema de las Redes Integradas de Servicios de Salud es de alta complejidad

y requiere aproximaciones sucesivas tanto en lo conceptual como en el desarrollo de instrumentos para su medición”. Más tarde en la misma línea de investigación se demostró que los “atributos propuestos por la OPS como esenciales y necesarios para alcanzar un adecuado funcionamiento en un Sistema Integrado de Servicios de Salud están presentes en la realidad sanitaria cubana, en todos o al menos uno de los niveles del sistema nacional de salud”. Éstos trabajos demuestran la importancia de identificar las cualidades o propiedades esenciales para el adecuado funcionamiento de los sistemas sanitarios, dejando abierta la necesidad de desarrollar líneas de investigación tendientes a evaluar el desempeño de los sistemas de salud a través de los “atributos esenciales definidos por OPS”⁴. En particular 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”, allí queda planteada fundamentalmente la necesidad de investigar ésta estrategia (RISS), lo que provoca la necesidad de desarrollar trabajos científicos acerca de la implantación de las redes en el sistema sanitario de Uruguay.

Villar y Capote Mir (2012) plantean la necesidad de profundizar en el estudio “de las causas que determinan que grandes masas de población no tengan acceso a un trabajo higiénico, a una vida decorosa, a una educación correcta o a una atención de salud de calidad satisfactoria; y obliga a incrementar las investigaciones necesarias para identificar y conocer mejor aquellas causas o procesos que todavía desconocemos”. En éste marco de reforma sanitaria y de implantación de un nuevo modelo de asistencia basado en la estrategia RISS, urge plantearse la necesidad de evaluar la estructura, los procesos y resultados para contribuir a la mejora de la calidad del sistema, teniendo presente que “el papel principal de la evaluación de la calidad en salud es dotar al subsiguiente proceso de mejora continua de todos los elementos necesarios para organizar, orientar y ejecutar dicho proceso (...) tiene que ver con todas las dimensiones del sistema de salud y con los diferentes enfoques que convenga utilizar para evaluarlas”. Sobre la base de estos aspectos, el problema de investigación quedó definido por la falta de una herramienta que permita medir el desempeño de las redes de atención en el primer nivel con enfoque RISS, basadas en APS, planteado por el modelo de atención del sistema sanitario de Uruguay. Las interrogantes planteadas para éste problema de investigación fueron las siguientes:

¿Cuáles son las características que en la actualidad definen a la Red de Atención del Primer Nivel, para la atención a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2?

¿Cuáles serían las dimensiones y los componentes que deben ser integrados para conformar una herramienta válida y confiable para la evaluación del desempeño de la Red de Atención del Primer

⁴OPS plantea 14 cualidades o atributos esenciales que las redes integradas de servicios de salud requieren para su adecuado funcionamiento y las agrupa según su ámbito de abordaje en el componente Modelos Asistencial; Gobernanza y Estrategia; Organización y Gestión; y Asignación e Incentivos. OPS. 2010.

Nivel, en la atención a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2?

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

-Identificar las características de la red sanitaria, para la atención a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

-Definir las variables que conformarán la herramienta de evaluación de desempeño de dicha red sanitaria, para la atención a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

-Diseñar en forma preliminar la herramienta de evaluación del desempeño de las redes de servicios de salud.

-Estimar la validez y confiabilidad de la herramienta, exigidos para su empleo en la evaluación de desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud.

El trabajo se enmarca en la línea de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, con dos componentes básicos, uno orientado a describir la situación de los servicios en una red sanitaria; y otro que se ocupa del desarrollo de una tecnología para la evaluación del desempeño de redes sanitarias.

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

La nueva tecnología quedó diseñada en tres secciones, una que evalúa el desempeño desde la perspectiva de los Directivos, otra desde la perspectiva del Equipo de Salud y una tercera sección que la evalúa desde la perspectiva de los Usuarios. Para medir la confiabilidad de la herramienta se realizó una prueba de campo donde se analizó la confiabilidad intra cuestionario, a través del Alfa de Cronbach, y la asociación entre las variables (“entre cuestionarios”) con la técnica de test / retest, utilizando el estadístico V de Cramer. El contenido fue validado por expertos en el área de conocimiento RISS, y en el trabajo con usuarios portadores de DMT2 (UpDMT2); se realizó además validez de apariencia y de criterio.

En suma ésta investigación generó una herramienta válida y confiable que permitirá evaluar el desempeño de las redes sanitarias desde una perspectiva de calidad que incluye la visión de los usuarios del sistema, y no solamente la perspectiva de los gestores de las políticas sanitarias. Ésta herramienta aporta al desarrollo de la estrategia de redes y al fortalecimiento del sistema sanitario, su

uso aporta a la disminución de los costos que genera la atención de no calidad, y su utilización por parte de los directivos del sistema sanitario contribuye a mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema, y mejorar la eficacia y efectividad del mismo.

Método

Se realizó un estudio de investigación y desarrollo en servicios de salud.

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

Técnicas y Procedimientos

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

Fase 1- Proceso de Cuidados al usuario portador de DMT2

La primera fase consistió en realizar un diagnóstico del proceso de atención, prestado en los efectores de la red sanitaria pública, a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (UpDMT2), con un enfoque de los procesos desde una perspectiva de redes integradas, utilizando como guía los componentes planteados por OPS. Para ello se realizaron entrevistas a referentes calificados y se trabajó con documentos oficiales que definen el trabajo en el primer nivel de atención, con las guías y protocolos de seguimiento a los UpDMT2, y las historias clínicas de los servicios referidos. Además se realizó una revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería (bvsenf.org.uy) a través de los descriptores de RISS, Sistemas Nacionales de salud, Desempeño, Evaluación de servicios de salud y Garantía de la calidad de atención de salud. A punto de partida del conocimiento de la red y de la revisión bibliográfica realizada, se identificaron las dimensiones para desarrollar la herramienta de evaluación del desempeño de la red en el cuidado del UpDMT2.

Fase 2- Conceptualización de las Variables

Ésta segunda fase consistió en la definición de los componente y dimensiones que culminaron en el diseño de la herramienta que permitirá evaluar el desempeño de las redes de servicios de salud a través del cuidado a los UpDMT2. La herramienta elaborada (HERSS) consta de tres secciones, una que aportará a medir el desempeño de la red a través del conocimiento y vivencia de los UpDMT2 que consultaron en alguno de los efectores sanitarios de la red. Otra sección aportará a medir el desempeño a través del conocimiento de los integrantes del Equipo de Salud con responsabilidad directa en la atención al UpDMT2. Y una tercer sección que aporta desde la perspectiva de los responsables de definir e implementar las políticas de salud de la red (Directivos de la red).

Para definir las variables se trabajó en base a los componentes de las RISS según ámbito de abordaje, planteados por OPS para el desarrollo de modelos de salud basados en APS. Los atributos planteados por la OPS se cruzaron con las normas de la ALAD⁵ y la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión

⁵Asociación Latino Americana de Diabetes (ALAD)

Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2 Para el Primer Nivel de Atención, de la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE), definiendo así las variables y el diseño de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS), a través de una enfermedad trazadora (DMT2).

Es así que la HERSS quedó compuesta por cuatro macro variables (componentes): Modelo Asistencial; Gobernanza y Estrategia; Organización y Gestión; y Asignación e Incentivos, las cuáles se subdividieron en 14 atributos y 34 dimensiones que conformaron la herramienta según el siguiente cuadro:

Cuadro 1:

COMPONENTE	ATRIBUTOS	DIMENSIONES
MODELO ASISTENCIAL	POBLACIÓN Y TERRITORIO A CARGO Y DEFINIDOS	POBLACIÓN A ASISTIR. CONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (DMT2). ÁREA GEOGRÁFICA.
	RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.	PROGRAMA DE SALUD EN LA ATENCIÓN AL UPDMT2. REFERENCIA EN EL 2DO. NIVEL DE ATENCIÓN. REFERENCIA EN EL 1 ^{ER} . NIVEL DE ATENCIÓN. RELACIÓN POBLACIÓN/PROFESIONALES. ESTÁNDARES DE CALIDAD.
	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA. EQUIPO MULTI DISCIPLINARIO PARA EL CUIDADO AL UPDMT2. COORDINACIÓN CON EL RESTO DE LOS NIVELES ASISTENCIALES.
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN EL LUGAR MÁS APROPIADO.	ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA RED PARA LA ATENCIÓN AL UPDMT2.
	MECANISMOS DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN TODO EL SISTEMA.	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y/O PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL UPDMT2. GRUPOS DE TRABAJO INTER DISCIPLINARIO. MECANISMOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA.
	ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.	PERSONAL CAPACITADO EN LA PROPUESTA DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN. PERSONAL CAPACITADO EN LOS DERECHOS DE ATENCIÓN AL USUARIO EN GENERAL Y AL UPDMT2 EN PARTICULAR. TRABAJO CON ENFOQUE HOLÍSTICO. TRABAJO CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO.

COMPONENTE	ATRIBUTOS	DIMENSIONES
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	SISTEMA ÚNICO DE GOBIERNO.	ÓRGANOS DE GOBIERNO. MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS DE LA RED. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA. MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA RED.
	PARTICIPACIÓN SOCIAL AMPLIA ACCIÓN INTER SECTORIAL	INVOLUCRAMIENTO Y/O EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA EN EL GOBIERNO Y LA GESTIÓN DE LA RED. COORDINACIÓN INTER INSTITUCIONAL, PARA EL ABORDAJE DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DMT2.

COMPONENTE	ATRIBUTOS	DIMENSIONES
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	GESTIÓN INTEGRADA DE LOS SISTEMAS DE APOYO CLÍNICO, ADMINISTRATIVO Y LOGÍSTICO.	GESTIÓN DE SISTEMAS DE APOYO CLÍNICO. GESTIÓN DE SISTEMAS DE APOYO ADMINISTRATIVO. GESTIÓN DE SISTEMAS DE APOYO LOGÍSTICO.
	RRHH SUFICIENTES, COMPETENTES, COMPROMETIDOS Y VALORADOS POR LA RED.	CANTIDAD DE LOS RRHH. CALIDAD DE LOS RRHH.
	SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO QUE VINCULA A TODOS LOS MIEMBROS DE LA RED.	SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DE LA RED.
	GESTIÓN BASADA EN RESULTADOS	ESTRATEGIA PARA ASEGURAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.

COMPONENTE	ATRIBUTOS	DIMENSIONES
ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS FINANCIEROS ALINEADOS CON LAS METAS DE LA RED.	SISTEMAS DE INCENTIVOS FINANCIEROS PARA EL TRABAJADOR. SISTEMAS DE INCENTIVOS FINANCIEROS PARA EL SERVICIO.

Fase 3- Validez y Confiabilidad de la Herramienta (HERSS)

En ésta tercer fase y luego de tener definidas las variables de cada sección de la herramienta, se procedió a realizar las pruebas de Validez y Confiabilidad de la misma.

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

se desarrolló un instrumento preliminar, que se puso a consideración de expertos para validar su contenido.

Validación de Contenido

Esta validación se realizó por un grupo de expertos en el área de Diabetes; expertos en el área de gestión de programas, especialmente vinculados al trabajo en el primer nivel de atención, y expertos en la temática RISS. La selección de los mismos se realizó teniendo en cuenta una experiencia por lo menos de dos años en puestos de gestión y/o asesoramiento del sistema sanitario, y especialmente en redes de salud, además de la formación específica en el tema. Con éste perfil participaron cinco expertos, dos con formación de Dr. en Ciencias de la Salud, docentes investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP); un Lic. en Enfermería, asesor del Directorio de ASSE; un Lic. en Enfermería Director de una Sub Región de la RAP-ASSE; y un quinto experto Lic. en Enfermería, referente de una de las 22 policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo. Además se contó para validar el contenido sobre Diabetes con un profesional con formación de posgrado en el área de conocimiento (Diabetólogo y Endocrinólogo), coordinador académico del Posgrado en Diabetología de la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL) y cuenta con experiencia de trabajo e investigación en el área, además de haber sido presidente de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay.

Una vez conformado el equipo de expertos, se les entregó en formato papel y electrónico un documento informativo sobre los objetivos y características de la investigación manifestando el interés en su valoración crítica y observaciones sobre el instrumento en cuestión, solicitándoles su participación de forma totalmente voluntaria. Se les dio copia de la herramienta preliminar, acompañado de una matriz para su calificación de acuerdo a los criterios establecidos por Moriyama⁶ (comprensible; sensible a variaciones en el fenómeno; si tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables; componentes claramente definidos; y si deriva de datos factibles de obtener). Para la calificación se utilizó una escala ordinal de 0 a 3 (0=Nada, 0 \geq 1=Poco; 1 \geq 2=Moderadamente; y 2 \geq 3=Mucho) para evaluar los criterios por parte de los expertos, definiendo de antemano que quedarán aprobados aquellos ítems que obtengan una calificación promedio de Mucho (2 \geq 3) por un porcentaje igual o mayor al 70% de los expertos. Aquellos ítems

⁶Iwao M. Moriyama , M.P.H. , Ph.D. Director Ejecutivo del Instituto Internacional para el Registro y Estadísticas Vitales Director Asociado de Estadísticas Internacionales , Centro Nacional de Estadísticas de Salud. 1974-1975. Director de la Oficina de Análisis de las Estadísticas de Salud , Centro Nacional de Estadísticas de Salud. 1961-1974. Cabeza Delegación de EE.UU a la Conferencia Internacional para la Novena Decenal. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de 1975. Miembro de la Delegación EE.UU. a la Conferencia Internacional para la Revisión Decenal de la CIE (Sexta a novena versión). Miembro del Comité de Expertos sobre la Clasificación de Enfermedades (OMS). 1947-1975. Secretario Ejecutivo del Comité Nacional de EE.UU. sobre estadísticas vitales y de salud. 1949-1975. Miembro del Comité Asesor para la actual terminología médica , American Medical Asociación. 1963-1968

que obtengan una calificación de Mucho ($2 \geq 3$), por menos del 70% de los expertos, y los que obtengan una calificación de Moderadamente ($1 \geq 2$) por al menos el 50% de los expertos, serán analizados, corregidos y enviados nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de Mucho ($2 \geq 3$) por el 70% o más de los mismos. Además se resolvió no tener en cuenta a aquellos ítems que fueran evaluados con una calificación de ≥ 1 por un sólo experto en el criterio de “razonable y justificable”; entendiéndose que si un experto considera que no existe una justificación clara para la presencia de dicho ítem en el instrumento, que no es razonable ni justificable que el mismo forme parte de la herramienta, esa sola apreciación es inhabilitante para considerar su estudio. Los cálculos de las medidas de validez se realizaron utilizando el paquete de análisis estadístico Open Office. Org Calc.

Validez de Criterio

Debido a que no se encontró una herramienta que evalúe el desempeño de las RISS, a través del análisis de los componentes definidos por OPS como esenciales para el adecuado funcionamiento de las redes sanitarias mediante una enfermedad trazadora, dicha validez se realizó en un encuentro de trabajo con los Directores de la red sanitaria (red en la cual se aplicó la herramienta), en el encuentro se les presentó los resultados de la prueba de campo de la HERSS. En el encuentro con los Directivos, luego de presentarles los datos preliminares de la prueba de campo, se les entregó una hoja de evaluación con una pregunta para que evaluaran dichos resultados según su percepción. Para ello se les planteó la utilización de una escala de 0 a 3 (0=nada, $0 \geq 1$ =poco; $1 \geq 2$ =moderadamente; y $2 \geq 3$ =mucho).

Validez de Apariencia

A los instrumentos confeccionados se les realizó una validación de apariencia, para verificar si las preguntas estaban bien construidas, evitando la inducción de las respuestas. Para lo cual se sometió la herramienta preliminar a consideración de un experto en el área, ajeno a la investigación, profesor integrante del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería, del cual se tomaron las recomendaciones hechas y se realizaron los ajustes correspondientes. Además durante el proceso de consulta a expertos para realizar la validación de contenido, fueron tomadas en cuenta sugerencias realizadas por ellos sobre la claridad de las preguntas planteadas en la herramienta.

Se tuvo especial cuidado en la estructura del cuestionario colocando diferentes tipo de preguntas, por ejemplo preguntas de comprobación, que pretenden determinar la consistencia o veracidad de las respuestas del sujeto, para ello se incluyeron en la herramienta diferentes preguntas sobre el mismo tema variando la forma en que se pregunta y distribuyendo las mismas a lo largo de la herramienta. También se colocaron preguntas filtro que determinan que se contesten o no otras preguntas del cuestionario. Se tuvo en cuenta en la elaboración de las preguntas, que las mismas se refirieran a un sólo elemento,

aun cuando exista una pregunta madre de la cuál derivan.

Confiabilidad

Capote Mir Plantea que la confiabilidad es “la capacidad de la herramienta de dar siempre los mismos resultados cada vez que es aplicada a la misma unidad de observación, lo que hace referencia a la repetibilidad de la medición y a la consistencia de los resultados obtenidos”. La confiabilidad de la herramienta (HERSS) se midió utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, que “es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados”. Este coeficiente asume que los ítems miden una misma dimensión y están altamente relacionados entre sí, por lo que se lo “puede concebir como la medida en la cual algún constructo, concepto o factor medido está presente en cada ítem. Generalmente, un grupo de ítems que explora un factor común muestra un elevado valor de alfa de Cronbach”. Cuánto más cercano se encuentre al valor 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados, y por ende mayor es la confiabilidad de la herramienta analizada. Debido a que no existe consensos entre los investigadores, y de hecho no podrían existir, en relación a cuál es el valor aceptable para la confiabilidad de los instrumentos, nos afiliamos a la definición de Capote Mir (2000) que plantea que se podría admitir la siguiente clasificación de la confiabilidad de las herramientas, según el valor del Alfa de Cronbach:

“Muy Bueno > 0,90; Bueno 0,80 – 0,90; Aceptable 0,70 > 0,80; Inaceptable < 0,70”

El Alfa de Cronbach es una medida “intra cuestionario”, por lo que para poder analizar la variabilidad de los ítems “entre cuestionarios” se aplicó el instrumento a la misma población en dos ocasiones (test/re-test), con el fin de analizar la consistencia entre las respuestas de los dos relevamientos, con una diferencia entre una aplicación y otra de 7 a 10 días. Dado que los ítems son cualitativos nominales, utilizamos para medir la asociación entre las respuestas del test y re-test, el coeficiente V de Cramer. Éste coeficiente nos permite medir si existe relación entre las respuestas a la misma pregunta por el mismo sujeto, y la fuerza o intensidad de la misma. El valor del V de Cramer puede oscilar entre cero y uno ($0 \leq V \leq 1$), un “Cramér’s V que es mayor que 0,3 es considerado en ciencias sociales como una correlación significativa”. Otros autores plantean que “aunque raramente alcanzan el valor máximo, como regla práctica de uso, se podría decir que:

0 - 0,25: poca dependencia 0,26 - 0,5: dependencia media

0,6 - 0,75: alta dependencia > 0,76: muy alta dependencia”

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

Además las 3 secciones tienen variabilidad en los ítems planteados para la obtención de los datos, debido a que en su construcción se tuvieron en cuenta las diferencias obvias entre los tres (3) actores del sistema. Es importante, para el análisis de confiabilidad, tener presente que en éste tipo de pruebas (test/retest), se produce consciente o inconscientemente un proceso de aprendizaje en los sujetos a los cuales se les aplica el test, lo que puede introducir un sesgo en el retest y que se visualiza en el grado de asociación entre una respuesta y otra del mismo sujeto a la misma pregunta (valor V de Cramer), por lo que hay que valorar si ese sesgo afecta o no la confiabilidad del instrumento desarrollado. Los cálculos de las medidas de confiabilidad se realizaron utilizando el paquete de análisis estadístico GNU PSPP versión 0.7.9.

Construcción de índices y escala de desempeño de la red sanitaria con enfoque RISS basada en APS y en el modelo de Gestión de la Calidad

Como parte esencial de la HERSS se hace necesario definir una serie de índices y escalas para evaluar el desempeño, aplicables a la red tomando en cuenta los componentes, atributos y dimensiones, los que podrán generar con su aplicación un sistema de monitoreo y evaluación periódicos para establecer momentos comparativos del desempeño de la red. Los índices definidos son: el Índice de Desempeño Global de la Red (IDGR); el Índice de Desempeño de los Componentes de la Red (IDCR); y el Índice de Desempeño de la Red (IDR) por cada sector de la herramienta (Usuarios, Equipo de Salud y Directivos). (Ver Anexo I) Como en otros procesos de medición de desempeño, debe optarse entre estándares aceptables y óptimos. La definición de niveles aceptables es difícil y necesariamente arbitraria, pues supone o la elección de un nivel comparable al promedio hipotético de la realidad de la Región o una definición de lo mínimo requerido para ejercer una función a juicio de un grupo de expertos. La decisión a favor de estándares óptimos resulta más adecuada siempre que, obviamente, se relacione con la situación general de la Región y estimula a la mejora continua. Convencionalmente se ha establecido el valor de referencia teniendo en cuenta el promedio de los desempeños globales de la red, de forma que la mayoría de las deficiencias queden calificadas como debilidades a superar, por lo que tomamos la escala (adecuada a nuestro instrumento) propuesta por López Puig (2013) para “medir los niveles de integración que exhibe una red en particular”, debido a que se ajusta los contenidos planteados en ella a los contenidos definidos en nuestra herramienta (HERSS). Es así que la escala para medir el desempeño quedó diagramada en tres niveles (Anexo II), con criterios de Alto para los valores mayores a 0,80, obtenidos con el cálculo del Índice de Desempeño utilizado. Esto indicaría trabajando con un enfoque de Mejora Continua de la Calidad, que la estructura, procesos y resultados de la red presentan niveles aceptables de calidad para los servicios prestados a éstas poblaciones. Asimismo índices de desempeño inferiores a 0,50 clasificados con criterio de Bajo, nos muestran una red con valores no aceptables de calidad.

Aspectos Éticos

En ésta investigación se observaron las orientaciones éticas del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería, en cuánto al respeto de los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de las personas la familia y la comunidad; como así también al brindar información suficiente para lograr el consentimiento informado de las personas participes de la investigación. La incorporación de las personas a la investigación fue guiada por un criterio de estricta voluntariedad, aplicando los principios de respeto a las personas, de no maleficencia y de justicia. La investigación se rigió desde el punto de vista ético, a través del Decreto N° 379/008 elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública, teniendo especial celo en “contar con el consentimiento libre e informado de los sujetos de investigación”, en toda la extensión planteada en el artículo 3 de dicho decreto, y de acuerdo a la normativa vigente. Para ello se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes en la investigación, a través de un documento especialmente confeccionado para ello, luego de brindarles información por escrito de la investigación. El protocolo aprobado por el Consejo Científico y la Comisión de Grados Científicos de la ENSAP - Cuba, fue puesto a estudio del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Uruguay. Se solicitó aval a la Comisión Académica del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y autorización a la Dirección de la red de efectores públicos, previo a la realización de la investigación. Se devolvieron los resultados a las instituciones tomando las recomendaciones expresadas en el artículo 6 literal m del Decreto N°379/008; con un estricto tratamiento confidencial de la identidad de los participantes, en ningún caso se expondrán los nombres de las personas en registros ni informe alguno.

Universo y Muestra

El universo de la investigación está compuesto por tres grupos poblaciones; **uno** integrado por individuos mayores de 20 años UpDMT2, que consultaron en alguno de los 30 efectores de la red sanitaria. Éste número se obtuvo con una revisión de las historias clínicas definidas como “activas” por el investigador, que son aquellas que pertenecen a UpDMT2 y que consultaron por lo menos una vez en el efector, en el período comprendido entre junio de 2014 y setiembre de 2015. Con éste criterio se obtuvo una población de 846 UpDMT2. El **segundo** componente del universo está constituido por los integrantes del Equipo de Salud con responsabilidad directa en la atención al UpDMT2, pertenecientes a los efectores de dicha red sanitaria, que son un número de 77 trabajadores. El **tercer** componente del universo se constituye con los integrantes de la Dirección de la red, que está compuesta de 7 miembros. En suma el universo quedó conformado por un total de 930 individuos, entre directivos, trabajadores y usuarios.

Muestra

Para el proceso de validación de la Herramienta de Evaluación de desempeño de Redes de Servicios de Salud (HERSS), en donde Capote Mir (2000) plantea que “consiste en la evaluación del test mediante su aplicación a un número reducido de sujetos”, se trabajó con una muestra por conveniencia definida por las siguientes características:

- los Directivos se censaron, tomando la totalidad de su Universo
- los integrantes del Equipo de Salud se tomaron a 14 de ellos, con la característica de que existieran en dicha muestra trabajadores de nivel profesional y de nivel auxiliar y/o técnico, para poder captar en el instrumento las diferencias conceptuales existentes en la población de estudio. Seleccionando dos (2) trabajadores por cada Zona de Salud de la red, menos en la Zona A que se seleccionaron a cuatro (4) integrantes de los equipos de salud por poseer la mayor cantidad de trabajadores, por lo que ésta muestra quedó conformada con 14 unidades de muestreo (7 integrantes por cada nivel), ésta selección permitió captar las diferencias existentes por los condicionantes contextuales de las Zonas de Salud.
- los Usuarios fueron seleccionados 20 de ellos de un solo efector, el cuál presentaba el mayor número de consultas, por ser el único policlínico que tenía consulta en la especialidad de Endocrinología. La técnica utilizada para su selección en el efector fue por Muestreo Aleatorio Simple (MAS), “en el cuál todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis”.

En síntesis la muestra quedó conformada por 41 casos, entre directivos, trabajadores y usuarios.

Análisis y discusión de los resultados

Validez de Criterio

Como se mencionó no se encontraron evaluaciones de desempeño de la red sanitaria de Uruguay, con las definiciones que el sistema de salud planteó que debiera tener la misma, que son los definidos por OPS para los modelos con estrategia RISS basados en APS. Tampoco se encontró una herramienta similar en la región, con la cual poder intentar validar la HERSS; por tal motivo diseñamos una validación de criterio a través de personas expertas en el tema y que además conocieran a cabalidad el funcionamiento de la red, sus componentes, los recursos y a los trabajadores y usuarios de la misma. Sin lugar a dudas quienes reunían esas características eran los directivos de dicha red, por lo que fue con el discernimiento de ellos que se planteó la validación de criterio. Para ello se les realizó un breve cuestionario que permitió evaluar la concordancia entre los resultados que surgieron de la aplicación de la prueba de campo y lo que ellos percibían sobre la estructura, los procesos y resultados de la red. Es de destacar que el día de la reunión de trabajo, sólo pudieron participar tres (3) de los seis (6)

directivos, además el integrante número siete (7) había pedido traslado de Unidad Ejecutora dejando de pertenecer a la dirección de la misma, por lo que tampoco participó de ésta instancia. El resultado mostró que la media de concordancia entre lo que percibían los directivos y los datos arrojados por la HERSS en relación al desempeño de la red fue de 3, lo que significa que existe “Mucha” correspondencia entre la percepción de los directivos y el desempeño medido a través de la HERSS; lo que podría presuponer una fortaleza en los criterios utilizados para la elaboración de la herramienta. Pero desagregando un poco más la herramienta, se vio que la misma en la sección de los Directivos fue evaluada con tres (3) en todos los componentes y por todos los evaluadores. En la sección del Equipo de Salud, también presentaba una correlación de “Mucho”, entre la percepción de los directivos y los datos obtenidos a través de la prueba de campo de la HERSS, con una media de 2,57, un máximo de tres (3) y un mínimo de dos (2). Por su parte la sección de Usuarios, tuvo una correlación de “Moderadamente”, entre lo percibido por los directivos sobre el desempeño de la red, y el desempeño arrojado por la aplicación en campo de la HERSS. En éste caso los valores obtenidos fueron de dos (2) en todos los componentes y por todos los evaluadores. En general se puede decir que si bien el método utilizado para la validación de criterio no fue el convencional, la estrategia definida nos permitió apreciar una correlación muy fuerte entre lo percibido por la dirección de la red, con sus experiencias, vivencias y conocimientos de la misma y los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba de campo de la HERSS.

Validación de la consistencia interna (Alfa de Cronbach) - Directivos

Teniendo en cuenta éstas apreciaciones se puede decir en relación a la sección de la HERSS elaborada para los Directivos, que en general la misma tiene una confiabilidad interna muy fuerte, con una Alfa de Cronbach de 0,92 calificándola como una herramienta “Muy Buena” para medir el desempeño de la red a través de los Directivos (Tabla I). En el componente tres (3), de Organización y Gestión se retiraron tres (3) preguntas, lo que permitió elevar la confiabilidad del mismo, aunque no se pudo lograr un nivel de aceptable ($\alpha = 0,55$). A pesar de ello se vio la necesidad de mantener el resto de las preguntas por dos motivos. Primero tiene que ver con que el Alfa de Cronbach no se elevaba sustancialmente si continuábamos quitando ítems, y segundo que las preguntas que quedaron nos permitían obtener datos importantes para medir el desempeño de ese componente, datos a los cuales no podríamos acceder de otra forma. En ese sentido el ítem N°70 que se retira, refiere a la existencia de algún tipo de equipo básico de salud en la red. En relación a esto destacamos que se les pregunta directamente a los trabajadores sobre la forma de trabajar y la existencia de equipos de trabajo para el abordaje de los usuarios, por lo que el dato se levanta igualmente en la herramienta. Otro ítem que se retira es el N°72 referido a la existencia de números determinados de usuarios por Equipos básicos de Salud. Éste ítem puede retirarse sin que afecte la herramienta, ya que el dato que aporta el ítem es

recogido por la herramienta en forma directa, preguntándole a los trabajadores si ellos tienen un número determinado de usuarios bajo su responsabilidad. Se encuentra comprendida en la lógica de la herramienta de cruzar los conocimientos y percepciones de todos los actores del sistema. El tercer (3er.) ítem que se retira (N°76), es el que indaga sobre la capacitación en redes para los trabajadores, dato que se releva directamente con los trabajadores, por lo que el retiro del ítem no afecta lo que pretende medir el instrumento en general, ni éste componente en particular. El componente referido a Asignación e Incentivos obtuvo un nivel de confiabilidad de “Aceptable” en el re-test, con un Alfa de Cronbach de 0.73. Destacamos que en éste componente también se retira un ítem, para darle mayor confiabilidad al mismo, y se vio que repercutió positivamente en la confiabilidad de la HERSS. El ítem (N°93) que se retira, refiere a la existencia de incentivos financieros a los trabajadores, dato que se releva directamente con ellos, por lo cual la herramienta en general no pierde el dato y éste componente en particular tampoco. El componente 1 (Modelo Asistencial) y el componente 2 (Gobernanza y Estrategia), obtuvieron un nivel de confiabilidad de “Bueno”, con un Alfa de Cronbach de 0.78 y 0.79 respectivamente, sin necesidad de tener que retirar ningún ítem.

Equipo de Salud

En ésta sección, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.89 en el re-test, lo que muestra una confiabilidad alta para evaluar el desempeño de la red a través de la visión de los trabajadores de la misma, colocando a la herramienta en ésta sección con un nivel de “Aceptable” (Tabla II). El estudio desagregado muestra que de los cuatro componentes dos (2) de ellos no alcanzan niveles de “Aceptable” en el re-test, ellos son el componente número tres de Organización y Gestión, y el número cuatro relacionada al financiamiento del sistema (Asignación e Incentivos). El componente tres (Organización y Gestión) arrojó en la aplicación en campo del re-test un valor de confiabilidad bajo ($\alpha= 0,52$), valor muy inferior al obtenido en la primer aplicación del test en campo ($\alpha= 0,71$), no logrando éste componente un nivel de “Aceptable”, aun retirando del mismo un ítem. Se destaca que la prueba de confiabilidad muestra que hay un ítem que retirándolo elevaría el Alfa de Cronbach a niveles de “Aceptable” (N° 75), pero se decide dejarlo en la herramienta, ya que el mismo releva la existencia de formación en trabajo en redes, dato más que importante por entender las redes para poder trabajar en ellas. Por otro lado, como se muestra en la Tabla II, el componente cuatro aún eliminándole un ítem mantiene un valor de Alfa de Cronbach de 0,5 valor muy inferior al obtenido en el mismo componente en la primer aplicación del test ($\alpha= 0,75$). Es importante tener en cuenta que éste componente presenta solamente tres (3) ítems, lo cual podría estar determinando los valores del Alfa de Cronbach. Por ésta misma razón se decidió no quitar más ítems de la herramienta, porque los dos restantes son importantes para poder tener una referencia de éste componente. Aunque el componente no logró una confiabilidad aceptable, el mismo aporta a la confiabilidad global de la herramienta en

la sección Directivos, sumando para elevar levemente el Alfa de Cronbach global. Se destaca que el dato que aporta el ítem que se retira (el N° 101 referido a la existencia de control de costos), no se pierde ya que está incluido en la sección de Directivos en donde se pesquiza la existencia de un sistema de control de costos en la red (ítem N° 93). Por otra parte, los componentes de Modelo Asistencial y Gobernanza y Estrategia resultaron con valores de “Aceptable” y “Bueno” en el re-test de la prueba de campo, con valores de Alfa de Cronbach de 0,73 y 0,8 respectivamente.

Usuarios

La confiabilidad global de ésta sección de la herramienta quedó con un valor alto, arrojando en la aplicación del re-test en la prueba de campo con un nivel de “Bueno” (Tabla III), dado por un Alfa de Cronbach de 0,85. En el análisis desagregado de los componentes, éstos mostraron una debilidad en ésta sección, dada por valores que no llegan a los aceptables en dos de tres componentes. Los componentes de Gobernanza y Estrategia, y de Organización y Gestión arrojaron valores de Alfa de Cronbach de 0,52 y 0,66 en la prueba de campo, que si bien fueron superiores en el re-test, no alcanzan los valores de confiabilidad requeridos. Se destaca que el análisis de confiabilidad mostró que no existen ítems que pudieran elevar el Alfa de Cronbach a niveles de “Aceptable”, por lo que se mantienen todos los ítems teniendo en consideración que a nivel global ésta sección muestra, como dijimos, un nivel de “Bueno” para medir el desempeño de la red a través de la perspectiva de los usuarios. El componente referido al Modelo Asistencial muestra un nivel de “Bueno” con un Alfa de Cronbach de 0,8, tanto en el test como en el re-test de la prueba de campo. Esto le da a éste componente un valor de confiabilidad alto para medir el desempeño del éste componente en particular.

V de Cramer

El análisis realizado con el estadístico V de Cramer a la sección de los Directivos muestra que el 78% de los casos presentan una correlación significativa, mayor a 0,3, de Media y Muy Alta dependencia (Tabla IV). Del total de casos estudiados el 22,1% muestran Poca dependencia, lo que se condice con un leve cambio del Alfa de Cronbach, favoreciendo su coeficiente. Esto podría deberse al efecto de “aprendizaje”, que en el sector de los Directivos, tiene mayor fuerza, ya que el cuestionario ejerce un efecto de auto formación en aquellos que tienen la responsabilidad de dirigir la red. Esto se puede apreciar en los componentes uno (1) y cuatro (4) en donde el Alfa de Cronbach tuvo un leve aumento que repercutió en la confiabilidad final de ésta sección. Cabe destacar que hubieron 17 ítems a los cuales no se pudo calcular el estadístico V de Cramer, 11 en el componente (uno) 1, uno (1) en el componente dos (2), cuatro (4) en el componente tres (3) y uno (1) en el componente cuatro (4). Cabe destacar que en éstos casos se analizaron los datos crudos obtenidos en test y re-test y se detectó que las respuestas son idénticas en ambas instancias, por lo que la tabla de contingencia sobre la cual se

calcula el estadístico V de Cramer, basado en el Chi cuadrado, no nos permite el cálculo ya que una de las variables presenta una única categoría. El análisis particular permitió observar que todos los entrevistados respondieron lo mismo en las dos oportunidades, por lo que no se pueden obtener los coeficientes de correlación. En ese sentido y dado los valores obtenidos en las dos pruebas, se considera que son mediciones confiables, ya que en las dos instancias se obtuvieron las mismas respuestas. En relación al análisis realizado con el estadístico V de Cramer a la sección del Equipo de Salud, se observa que el 77% de los casos presentan una correlación significativa, mayor a 0,3, resultando dicha correlación de Media y Muy Alta dependencia. Surge del estudio realizado que el 23% muestra Poca dependencia, pero sin afectar el coeficiente de Alfa de Cronbach general (Tabla V). Esto se explica por el aumento de los valores de confiabilidad de los componentes uno (1) y dos (2), en los cuales se reflejan coeficientes de correlación bajos del 28,1% y 21,1%, los cuales explicarían un cambio del Alfa de Cronbach en forma positiva. Y por otro lado los componentes tres (3) y cuatro (4) muestran el efecto contrario, los coeficientes de correlación obtenidos en ellos explican un cambio en el coeficiente del Alfa de Cronbach de los mismos, pero disminuyendo su confiabilidad. En cuanto al análisis realizado con el estadístico V de Cramer a la sección de Usuarios, se observa que el 80% de los casos presentan una correlación significativa, de Media y Muy Alta dependencia, superior al valor 0,3 (Tabla VI). Como se muestra en la Tabla VI el componente dos (2) presenta una correlación con un índice menor a 0.3 del 66,7%, lo que afecta fuertemente al coeficiente del Alfa de Cronbach, pero de manera positiva, lo mismo ocurre con el componente tres (3). Cabe acotar que si bien los valores porcentuales son altos, las frecuencias absolutas son relativamente bajas, por lo que podría explicar la poca variabilidad del Alfa de Cronbach a nivel global. Por otra parte en ésta sección hubieron 25 ítems a los cuales no se pudo calcular el estadístico V de Cramer, 19 en el componente uno (1), tres (3) en el componente dos (2) y tres (3) en el componente tres (3). Al realizar el análisis de los datos crudos obtenidos en test y re-test se detectó que 22 de las respuestas fueron idénticas en ambas instancias, por lo que la tabla de contingencia sobre la cual se calcula el estadístico V de Cramer, basado en el Chi cuadrado, no nos permitió el cálculo por presentar una única categoría. En ese sentido y dado los valores obtenidos en las dos pruebas, se considera que son mediciones confiables, ya que en las dos instancias se obtuvieron las mismas respuestas. Por otra parte, las respuestas de los tres (3) ítems restantes, no guardan relación alguna entre ellas y no se encontró otra explicación diferente a que las personas entrevistadas simplemente cambiaron sus respuestas. Si bien esta situación no explica porque no se pudo calcular el coeficiente V de Cramer, nos permitió ver que no existe una correlación significativa entre las respuestas. De igual forma se puede observar que dos de esas preguntas requieren de memoria por parte de los respondientes, y como señalamos anteriormente, se trata de personas adultos mayores, lo que podría llevar a la situación planteada de

cambio de respuestas.

Las preguntas eran:

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

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

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

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

En este sentido la alternativa implementada se orientó a realizar un adiestramiento particular a los entrevistadores, de manera de intentar armonizar la interpretación y explicitación del ítem. En general se puede decir que el análisis del estadístico V de Cramer explicó las variables en la confiabilidad de la herramienta (HERSS) obtenidas a través del coeficiente de Alfa de Cronbach.

Conclusiones

Esta prueba de campo culminó con una tecnología específicamente diseñada para evaluar el desempeño de los servicios sanitarios basados en redes integradas, a través de la percepción y el conocimiento de los directivos, los trabajadores y los usuarios de la misma. Dicha 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. 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, refrendado por un Alfa de Cronbach de 0.91. 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. Por otra parte se recomienda la realización del análisis factorial para conocer el grado de ajuste del instrumento con el marco teórico de partida. Los resultados de la validez de contenido obtenidos son en sí mismo un importante indicador de su valor, permitiendo realizar una discusión crítica del constructo del cual se parte confrontándolo con la realidad de las redes estudiadas.

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

Referencias Bibliográficas

- i Villar H. Producción social de servicios de atención a la salud. En su: Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012. p. 103.
- ii Toledo Curbelo G. Generalidades de la salud pública, fundamentos teóricos: salud pública como ciencia integradora y multidisciplinaria. En su: Fundamentos de salud pública. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 16.
- iii Rocca JA. Los cuatro jinetes del Apocalipsis: el BID, el FMI, el BM y la OMC. Entrevistado por Efraín Chury Iribarne en Radio 36, 14 de marzo de 2012. [Internet]. Uruguay. 2012. Disponible en: <http://www.radio36.com.uy/entrevistas/2012/03/14/rocca.html> [consulta: 6 ene 2015].
- iv Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informe final. CD42/FR, 42 Consejo Directivo. [Internet]. 2000. p. 13. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_385-402.pdf [consulta: 10 ene 2013].
- v Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informe final. CD44/9, 42 Consejo Directivo. [Internet]. 2003. p. 12. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_fr-s.pdf [consulta: 10 dic 2015].
- vi Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2007. p. 3. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/Ad/Ths/Os/Aps_Spa.Pdf [consulta: 10 dic 2015].
- vii Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Capítulo I. Disposiciones generales. Art. 3°. Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> [consulta: 20 dic 2015].
- viii Ibid. Capítulo IV. Art. 34 y 36. Red de Atención en Salud.
- ix García-Fariña A, García-Rodríguez J, Rodríguez-León G, Galvez-González A. ¿Constituye la integración en redes de servicios una estrategia efectiva para elevar la eficiencia de los sistemas de salud? Salud en Tabasco [Internet] 2011; 17 (3): 75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48722325005.pdf> [consulta: 10 de dic 2015].
- x Vega Romero R, Martínez Collantes J, Acosta Ramírez N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS. Rev Gerencia y Políticas de Salud [Internet] 2009; 8(16): 168. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514071010> [consulta: 10 dic 2015].
- xi Ibid
- xii López Puig P, Morales Suárez I, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas SF. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2009; 35(4): 35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005&lng=es [consulta: 25 feb 2016].
- xiii López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Fernández Díaz IE. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2009; 25(4): 86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400009&lng=es [consulta 25 feb 2016].
- xiv Benia W, Medina G. Construcción de una red continente: APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo, Uruguay. 2005 – 2009. En: Levcovitz E, Antonio G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. [Internet]. 2011. p. 126. Disponible en: <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf> [consulta: 10 may 2013].
- xv Villar H. Producción social de servicios de atención a la salud. Op. Cit. p. 34.
- xvi Carnota Lauzán O. Garantía de calidad en salud. En su: Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 183.
- xvii Bayarre H, Hosrsford R. Metodología de la investigación científica: protocolo de la investigación, contexto y clasificación de la investigación [CD ROM]. En: Carnota O. Biblioteca Virtual para formación postgraduada de directivos del sector salud. La Habana: ENSAP; 2010. p. 24.
- xviii Capote R. Método estadístico. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 111.
- xix Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Cronbach. Rev. Colombiana de Psiquiatría [Internet] 2005; 34(4): p. 575. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en [consulta: 19 dic 2015].
- xx Ibid
- xxi Capote R. Método estadístico. Op. Cit. p. 115.
- xxii Molinero LM. Asociación de variables cualitativas nominales y ordinales. [Internet]. 2004. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/asociacion.htm> [consulta: 18 oct 2015].
- xxiii De Arce R. Introducción a la econometría, tablas de contingencia (Cross-Tab): buscando relaciones de dependencia entre variables categóricas. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet]. 2005. p. 8. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/rarce/pdf/tablas_contingencia.pdf [consulta: 10 set 2015].
- xxiv Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa “Salud Pública en las Américas”. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Guía para la aplicación del instrumento de medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. [Internet]. 2015. p. 10. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Guias_Aplicacion.pdf [consulta: 10 dic 2015].
- xxv López Puig P. Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención [Tesis Doctoral]. [Internet]. Cuba. 2013. p. 68. Disponible en:

<http://files.sld.cu/revsalud/files/2014/11/tesis-procedimientos-para-riss.pdf> [consulta: 19 dic 2015].

xxvi Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. [Internet].

Ginebra. 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf [consulta: 19 may 2013].

xxvii Uruguay. Poder Ejecutivo. Proyecto de regulación de la investigación con seres humanos. Decreto 379/008 de 4

de agosto de 2008. Disponible en: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto-investigacion-con-seres-humanos.pdf> [consulta: 15 set 2014].

xxviii Ibid

xxix Capote R. Método estadístico. Op. Cit. p. 110.

xxx Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: Interamericana; 2006. p. 240.

Anexo I

Índices para los cálculos de desempeño

Alfa de Cronbach

Tabla I. Directivos. Alfa de Cronbach por componente

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

Tabla II. Equipos de Salud. Alfa de Cronbach por componente

	Test		Re-test	
Componente 1	0,71		0,73	
Componente 2	0,63		0,8	
Componente 3	0,65	0,71 quitando 1 ítem	0,57	0,52 quitando 1 ítems
Componente 4	0,4	0,75 quitando 1 ítem	0,2	0,5 quitando 1 ítem
Total	0,82	0,85 quitando 2 ítems	0,83	0,85 quitando 2 ítems

Tabla III. Usuarios. Alfa de Cronbach por componente

	Test		Re-test	
Componente 1	0,8		0,8	
Componente 2	-20	0,18 quitando 2 ítems	0,52	
Componente 3	0,34		0,66	
Total	0,79	0,8 quitando 2 ítems		0,85

V Cramer

Tabla IV. DIRECTIVOS. Correlación intra sujeto por Componente (estadístico V de Cramer)

	Poca Dependencia		Media Dependencia		Muy Alta Dependencia		Alfa de Cronbach	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	test	Re-test
Componente 1	7	22,6	18	58,1	6	19,3	.74	.78
Componente 2	3	18,8	10	62,6	3	18,8	.82	.79
Componente 3	5	31,3	6	37,5	5	31,3	.55	.55
Componente 4	0		4	80	1	20	.72	.73
Total	15	22,1	38	55,9	15	22,1	.89	.92

Tabla V. EQUIPO DE SALUD. Correlación intra sujeto por Componente (V de Cramer)

	Poca Dependencia		Media Dependencia		Muy Alta Dependencia		Alfa de Cronbach	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	Test	Re-test
Componente 1	9	28,1	19	59,4	4	12,5	.71	.73
Componente 2	4	21,1	15	78,9	0		.63	.80
Componente 3	6	17,6	19	55,9	9	26,5	.71	.52
Componente 4	1	50	1	50	0		.75	.50
Total	20	23	54	62,1	13	14,9	.85	.85

Tabla VI. Usuarios. Correlación intra sujeto por Componente (V de Cramer)

	Poca Dependencia		Media Dependencia		Muy Alta Dependencia		Alfa de Cronbach	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	Test	Re-test
Componente 1	10	22,2	17	37,8	18	40	.8	.8
Componente 2	2	66,7	0		1	33,3	.18	.52
Componente 3	3	20	8	53,3	4	26,7	.34	.66
Total	12	20	25	41,7	23	38,3	.8	.85

Anexo II

Escala para Evaluar el Desempeño de las RISS

ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE LA CATEGORÍA	VALOR
ALTO	LA RED DE SERVICIOS HA LOGRADO EN SU ESTRUCTURA, PROCESOS Y/O RESULTADOS, PARA SATISFACER PLENAMENTE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS, NIVELES DE CALIDAD ACEPTABLES EN EL COMPONENTE EXPLORADO.	< 80
PARCIALMENTE ALTO	LA RED DE SERVICIOS HA LOGRADO EN SU ESTRUCTURA, PROCESOS Y/O RESULTADOS, PARA SATISFACER EN PARTE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS, NIVELES DE CALIDAD ACEPTABLES EN EL COMPONENTE EXPLORADO.	0,5 – 0,8
BAJO	LA RED DE SERVICIOS NO HA LOGRADO EN SU ESTRUCTURA, PROCESOS Y/O RESULTADOS, PARA SATISFACER PLENAMENTE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS, NIVELES DE CALIDAD ACEPTABLES EN EL COMPONENTE EXPLORADO.	> 0,5