



**CENUR
NORESTE**



**UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY**

Desempeño de una red de Policlínicas de Atención Primaria de Salud en Rivera

Autores:

Br. Blanco López, Paola Vanesa. C.I: 4.851.314-6

Br. Cuelho Viera, Cándida Paola. C.I: 4.919.459-5

Br. Fernández Silveira, Claudia Lorena. C.I: 5.147.619-5

Br. Oclo Rocha, Joaquín Atahualpa. C.I: 5.281.073-8

Br. Rodríguez Goncalvez, Pamela Roberta. C.I: 4.899.690-2

Br. Trindade López, Yonatan Andrés. C.I: 5.035.204-3

Tutor: Dr.C. Milton Sbárbaro

Co-tutora: Lic. Enf. Esp. Valera Quepfert

Rivera, Uruguay 2024

*HOJA DE APROBACIÓN

Lista de abreviaturas y de siglas

- Administración de Servicios de Salud del Estado. (ASSE)
- Atención Primaria en Salud. (APS)
- Biblioteca Virtual de Salud. (BVS)
- Descriptores de Ciencias de la Salud. (DeCS)
- Diabetes Mellitus de tipo 2. (DMT2)
- Fondo Nacional de Salud. (FONASA)
- Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud. (HERSS)
- Ministerio de Salud Pública. (MSP)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS)
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS)
- Redes Integradas de Salud. (RISS)
- Red de Atención Primaria. (RAP)
- Sistema Nacional Integrado de Salud. (SNIS)
- Universidad de la República. (Udelar)

Resumen

El presente trabajo de investigación estuvo dirigido a evaluar el desempeño de una red de policlínicas (Lagunón, La Estiva, Quintas al Norte y Tres Cruces) de influencia del Centro de Salud “Q.F Federico Díaz” del Primer Nivel de Atención en la ciudad de Rivera. El mismo fue elaborado por seis estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, generación 2016 y 2018, plan 1993, del Centro Universitario de Rivera. Es un estudio descriptivo, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo; en el cual se realizó un censo a todos los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 mayores a 20 años, a los trabajadores de salud incluidos en la guía de práctica clínica y a los directivos de dicha red (licenciadas en enfermería no operativas). El instrumento utilizado para la obtención de datos fue el Procedimiento para evaluar el desempeño de la red, aplicando la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS) para la recolección de datos. Se obtuvieron resultados tales como: índice de desempeño global de la red 0.42, índice global del componente del modelo de atención 0.49, índice global del componente gobernanza y estrategia 0.26, índice global del componente de financiamiento 0.13, índice de desempeño por sección de usuarios (0.37), personal de salud (0.47) y directivos (0.61) en la prestación del servicio; En una escala de 0 a 1 donde los valores <0.50 se considera un índice bajo, valores de >0.80 indica un índice alto, los valores que oscilan entre ambos se estima parcialmente alto. Estos niveles bajo, parcialmente alto y alto, indican los niveles de calidad de cada componente en la red de servicio estudiada. Por lo tanto, se logró conocer el desempeño de la red de efectores públicos en la Red de Atención Primaria en salud de Rivera, de las policlínicas mencionadas según los usuarios, el personal de salud, y la dirección de la red.

Las palabras claves utilizadas fueron: gestión, cuidados, Atención Primaria en Salud, desempeño en salud, Diabetes Mellitus tipo 2.

Introducción

El presente Trabajo de Investigación Final fue seleccionado con el objetivo de analizar el funcionamiento, gestión y calidad de la atención en la red primaria, utilizando el procedimiento de evaluación del desempeño de la red, que incluye la herramienta HERSS, con la finalidad de evaluar y dar a conocer los datos obtenidos, para la mejora del desempeño de la red y el cuidado al usuario portador de DMT2.

En primer lugar, queremos explicitar, para resguardo de los aspectos éticos, que el presente trabajo es parte de un estudio mayor, posdoctoral, del cual el tutor principal es responsable. El presente informe presenta un tronco en común en sus aspectos metodológicos, de justificación, de marco teórico y bibliografía, con el informe de los estudiantes Barboza V; Carneiro Y; Dos Santos M; Lacerda F; Peláez A y Ribeiro G, que estudian el desempeño del Centro de Salud Federico Díaz, perteneciente a la RAP de Rivera.

Ambas investigaciones utilizaron el protocolo Desempeño de una red de efectores públicos del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Rivera, realizado, aprobado y puesto a disposición para su posterior aplicación por otros investigadores en el año 2022, por Da Luz C; Mora D; Núñez M y Pereira A, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería Generación 2016, el cual también es parte del proyecto posdoctoral “Intervención en salud en efectores sanitarios públicos en el Primer Nivel de Atención en zonas fronterizas de Uruguay – Brasil”, siendo el tutor principal el Prof. DrC. Milton Sbárbaro, responsable de dicho proyecto. Para su aplicación en el área de estudio seleccionada para la presente investigación, dicho protocolo fue modificado y adaptado con la debida autorización y aprobación por escrito de los cuatro estudiantes mencionados.

Este estudio realizado tiene como pregunta problema ¿Cuál es el desempeño de la Red de policlínicas Lagunón, La estiva, Quintas al Norte y Tres Cruces, de la Red de Atención Primaria en la ciudad de Rivera-Uruguay?, otorgando así el inicio para analizar el desempeño en la gestión de cuidados de la Red de Atención Primaria, compuesta por dichas policlínicas, de la zona de influencia del Centro de Salud “Q.F Federico Díaz” tomando como universo a usuarios portadores de DMT2 mayores de 20 años, a los trabajadores de la salud y la dirección de dicha Red de Atención.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Conocer el desempeño de la red de efectores públicos en la Red de Atención Primaria en Salud de Rivera de las policlínicas de influencia “Lagunón”, “Quintas al Norte”, “Paso de la Estiva” y “Tres Cruces”, del Centro de Salud “Q.F.Federico Diaz”.

Objetivos Específicos

- Evaluar el desempeño de la red según los usuarios.
- Evaluar el desempeño de la red según los trabajadores de salud.
- Evaluar el desempeño de la red según la dirección del servicio.
- Conocer el procedimiento para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Salud (RISS).

Antecedentes

Para la construcción de los antecedentes se realizó una búsqueda de artículos científicos relacionados con la temática central. Se utilizó como fuente la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), Revista Uruguaya de Enfermería, Conocimiento libre repositorio institucional (COLIBRÍ) y TIMBÓ Foco. Mediante estas plataformas se obtuvo la información necesaria para llevar a cabo la temática de la TFI.

Las palabras claves o descriptores utilizados en el buscador son: gestión, cuidados, Atención Primaria en Salud, desempeño en salud, Diabetes Mellitus tipo 2.

Como resultado de esta búsqueda se obtiene un trabajo de investigación realizado en la ciudad de Santander Colombia, donde se estudió la “Evaluación del desempeño de servicios en la atención primaria de salud, en los municipios rurales” realizado por Rodríguez, L. et al. (2013). Dicha investigación tiene como objetivo evaluar el desempeño en los servicios de Atención Primaria en Salud (APS) de seis municipios de Santander, Colombia. Se realizó un diseño comparativo transversal donde entrevistaron a usuarios, profesionales y decisores de tres municipios con mayor desarrollo del modelo basado en atención primaria y tres municipios con menor desarrollo, todos ellos de predominio rural. Concluyendo que se obtiene un mejor desempeño de los servicios llevando a cabo el modelo de atención primaria en salud. Sin embargo, se identifica que los atributos a un enfoque familiar y a la orientación comunitaria son menos desarrollados. El análisis del estudio se pudo realizar mediante entrevistas a profesionales y usuarios, pudiendo así determinar el efecto del desarrollo de este modelo, el cual su desempeño pudo ser calificado por los usuarios que allí asisten. Continuando con la búsqueda bibliográfica, se agrega también otro antecedente internacional. El trabajo de investigación denominado “Gestión de calidad en unidades

en salud de la ciudad de Riobamba” realizado por Parreño, A. et al (2019), una investigación no experimental, descriptiva, en una unidad de primer nivel de atención en la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, Ecuador, en el año 2019, tuvo como objetivo evaluar la gestión de calidad de los servicios de salud de una unidad de primer nivel de atención, en dicha ciudad. Su metodología fue aplicar 4 instrumentos a distintas categorías de usuarios y prestadores concluyendo que existe la necesidad de implementar un programa de gestión de la calidad de los servicios para identificar y solucionar los factores y/o condicionantes que minimizan la satisfacción de los usuarios internos y externos.

A nivel Nacional, teniendo en cuenta al Dr. Milton Sbárbaro (2012, 2015) fue diseñada una herramienta para poder evaluar el desempeño de las redes sanitarias públicas, con el fin de medir en su totalidad, el modelo de atención, gobernanza y estrategia, organización y gestión. Siendo éste instrumento, una herramienta científica válida y confiable para evaluar el desempeño de las Redes de Servicios de Salud a través de los atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

También se encontraron trabajos de investigación final realizados por estudiantes de la Universidad de la República (Udelar), Facultad de Enfermería Bertora, M. et.al. (2012, 2014) con el objetivo de conocer la continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que asisten en tres servicios de salud del sector público de la ciudad de Montevideo. Éstos, concluyeron que existe una satisfacción por parte de los profesionales que los asisten y además mantienen una relación de continuidad con los mismos.

El trabajo final de investigación “Percepción de los usuarios sobre el que hacer de la Licenciada en Enfermería en el Primer Nivel de Atención” Agoglia, L. et al. (2011), es

otro antecedente nacional importante para destacar. El mismo tiene el objetivo de identificar la percepción de los usuarios en relación al que hacer de la Licenciada en Enfermería en el primer nivel de atención, el cual se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, seleccionando tres centros de salud con mayor flujo de usuarios, pertenecientes al sector público. Luego de dicho estudio, los estudiantes concluyen que un gran porcentaje no logró reconocer el que hacer de la Licenciada en Enfermería, afirmando que podría relacionarse con diversos factores causales, como lo son: la falta de conocimiento e información que presentan los usuarios sobre el rol de ésta y relacionarse con la visibilidad que tienen las tareas de la Licenciada, ya que gran parte de las mismas son administrativas y no involucran directamente al usuario.

Otro artículo encontrado, es “Gestión de cuidados al usuario portador de DMT2, desde la perspectiva del usuario”, Red de atención primaria Rivera, realizado por los estudiantes Batista, K. et al. (2019) que tiene entre sus objetivos describir la gestión de cuidados que recibe el usuario portador de DMT2 mayor a 20 años desde su perspectiva en cuatro policlínicas de la RAP Rivera, en el marco del SNIS; el cual se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, con un universo de 720 usuarios portadores de DMT2 valorados en cuatro unidades operativas asistenciales de la R.A.P Rivera. El grupo concluyó distintas fortalezas y debilidades, destacando como fortalezas que el 97% de los usuarios no asisten a la puerta de emergencia para realizar sus controles. El 88% de los entrevistados no tuvieron dificultades para obtener los medicamentos para su tratamiento. Como debilidades destacaron que, de las cuatro policlínicas estudiadas, solamente en una de ellas se llevaba a cabo el Programa Nacional de Diabetes. Otra debilidad encontrada, fue que el 83% de los entrevistados, experimentaron una demora mayor a 60 días para poder consultar con especialistas, entre otras.

Marco teórico

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una patología que ha avanzado en estos últimos años, afecta una parte significativa de la población uruguaya, por lo que brindar un correcto cuidado a estos usuarios es una gran responsabilidad para el personal de salud del día de hoy. Para nosotros nuestro mayor enfoque es el usuario, como mejorar la atención que le brindan en esta red de policlínicas.

El ser humano es una unidad orgánica, psicológica y social, que comprende las características biológicas determinadas por el funcionamiento del cuerpo y de la psiquis. El concepto de vida abarca el funcionamiento corporal, las actividades psíquicas y las características sociales, derivadas del individuo como persona relacionada con otros individuos, grupos humanos y el medio ambiente, con quienes vive y se interrelaciona. (Villar, 2012, p.16).

El estudio del individuo sano o enfermo no debe realizarse fuera de esa concepción, pues la salud y la enfermedad constituyen fenómenos o formas de expresión de la actividad vital de los hombres. La salud y enfermedad son manifestaciones diferentes y contradictorias de un mismo proceso de interrelación e interacciones recíprocas entre el individuo con el medio natural y social en el cual vive. (Villar, 2012, p.19).

La OMS (1948) señala que: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En el 49º consejo directivo de la OPS, el 2 de octubre de 2009 se aprobó la resolución CD49.R22 (Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud) donde se propone el establecimiento de las RISS.

Las RISS son 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; tiene como beneficios mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros. (OPS, 2010, p. 26)

En la conferencia Internacional de Alma Ata, que se realizó el día 12 de septiembre de 1978, fue considerada la conferencia de salud más importante de la década de los 70, organizada por la OMS, tuvo como tema de interés principal la Atención Primaria en Salud y como lema “Salud para todos en el año 2000”.

En esta conferencia se definió a la APS como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La OPS también define a la APS como:

Sistema sanitario basado en la Atención Primaria de Salud que orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos, la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas, la sostenibilidad, la participación, la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad, y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales. (OPS, 2007, p. 25).

Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población, principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud, elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. (OPS, 2008, p. 13).

La participación de enfermería es fundamental para llevar adelante los planes de APS.

Al brindar los cuidados para la salud, la enfermera interviene de forma activa en la atención del individuo, la familia y la comunidad. La enfermera cuida y atiende a las personas sanas y enfermas de la comunidad y realiza toda una serie de actividades

propias a su especialidad en coordinación con el médico para complementar, de forma adecuada, sus funciones y llevar adelante las tareas y los planes de la APS.

En este estudio creemos importante abordar el significado de eficacia y eficiencia, y relacionarlo con el ámbito de la salud.

La Real Academia Española define eficacia y eficiencia como:

“La eficacia es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera; eficiencia es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado”

(RAE, 2020).

Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales. (Lam, Hernández, 2008, p. 24).

En este campo, la eficacia se define como: la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo es perfeccionar la atención médica. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado. (Lam, Hernández, 2008, p. 24).

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que sólo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina. (Bouza, 2000, p. 50-56).

La eficiencia, como el empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Consiste en un buen uso de los recursos, en lograr lo mayor posible con aquello que contamos. Si un grupo humano dispone de un número de insumos que son utilizados para producir bienes o servicios entonces se califica como eficiente a quien logra la mayor productividad con el menor número de recursos.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia. En consecuencia, teniendo un sistema de salud eficiente, se podrá brindar una atención de calidad, con la finalidad de abordar a los usuarios de manera integral.

Por lo anteriormente mencionada, consideramos importante exponer la definición de calidad.

La calidad en la atención médica es la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable, de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo a los valores sociales imperantes. Los servicios de atención de salud deben brindar una calidad en la atención, donde mediante ella será el grado de los niveles de salud esperados. Con esto se quiere decir que aplicando un cuidado y una atención de calidad se logrará llegar al objetivo de mejorar el nivel de salud del paciente. Esto será aplicado con las normas profesionales

vigentes y con los valores de los usuarios de una manera congruente.

(Donabedian, 2001, p. 30).

La evaluación es la actividad más común del proceso administrativo, ya que es lo que nos da la guía, periódicamente, para corregir el rumbo de las acciones emprendidas. La evaluación es la última etapa del ciclo administrativo.

Evaluación es medir, comparar y formarse un juicio. (Villar, 2012. p. 28).

Control es el proceso de observar y recoger información que se da sobre la ejecución de las actividades, los bienes y los servicios producidos; a efectos de realizar una comparación, entre lo normatizado, lo programado y lo ejecutado; siendo necesario se aplicarán medidas correctivas. Este proceso tiene diferentes niveles a ser aplicados. Se identifican a estos niveles como:

Nivel estratégico donde el mismo se da a nivel de dirección y/o gobierno donde se realizará un control a nivel institucional, el conjunto de todo el sistema. Donde se controlarán las políticas y estructuras generales y también los resultados del mismo.

Nivel táctico: En este nivel se realizará el control en los niveles intermedios los cuales corresponden a departamentos y/o sección donde allí serán controlados los resultados en estos niveles, como por ejemplo las metas de los mismos, estaría relacionado a las políticas normativas de estos niveles intermedios.

Por último, tenemos el nivel operativo en el cual se aplicará el proceso de control sobre las técnicas y procedimientos efectuados.

Finalizando el contenido de este marco teórico es importante destacar que el Ministerio de Salud Pública (2017) elaboró las Guías de Práctica Clínica (GPC) de Hipertensión Arterial y DMT2 para la atención en el ámbito ambulatorio, que están orientadas para ser utilizadas por los profesionales de la salud que estén involucrados

en el proceso de atención desde la promoción, prevención confirmación, detección diagnóstica y tratamiento de la DMT2.

Las GPC, están dirigidas a la población con edad mayor a 18 años, que está en riesgo de padecer esta enfermedad crónica no transmisible y/o que ya la padezcan. Tiene el objetivo de estandarizar la identificación de los factores de riesgo, orientar en la detección y el tratamiento oportuno de la DMT2. Para la elaboración de la Guía Práctica Clínica, para la población portadora de esta patología, se realizaron búsquedas de otras guías teniendo como resultado más de 30 Guías de Prácticas Clínicas (GPC) que fueron evaluadas por distintos revisores independientes con el fin de no repetir la información, para lo cual se solicitó ayuda de catedráticos de la Universidad de la República.

La GPC, elaborada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), da respuesta a las varias preguntas acerca de factores de riesgo para el desarrollo de la DMT2, diagnóstico de la DMT2, población en la cual está indicado el tamizaje, pruebas más fiables y frecuencia de realización de las mismas, metas de control glucémico en pacientes con DMT2 y beneficios del auto monitoreo de los pacientes con DMT2, entre otras.

Marco Referencial

Para dar inicio a este marco referencial podemos decir que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) está compuesta por cuatro regiones: Norte, Sur, Este y Oeste. El departamento de Rivera, junto a Artigas, Tacuarembó y Salto, constituye la región Norte. Dentro de las subregiones de ASSE, en Rivera, se encuentra la Red de Atención Primaria en Salud (RAP).

La RAP en Rivera está compuesta por dos Centros de Salud; uno de ellos es "Dr. José Royol" ubicado al noreste de la ciudad de Rivera, sobre Av. Líbano s/n, entre Faustino Carámbula y Tabobá, barrio Pueblo Nuevo. Sus policlínicas de referencia geográficas son Policlínica "Rampla", "Mandubí", "La Pedrera" y Santa Isabel".

El segundo Centro de Salud es "QF: Federico Díaz" ubicado al oeste de la ciudad de Rivera, en la calle Avenida 1825 N° 531. Sus policlínicas de influencias son: "Lagunón", "Quintas al Norte", "La Estiva" y "Tres Cruces" las cuales se llevó cabo el trabajo de investigación.

La Red de Atención Primaria (RAP) de Rivera tiene como población a 68700 usuarios los que reciben la atención en salud entre los distintos centros a nivel departamental.

Metodología

Alcance de la Investigación

Este informe fue diseñado para dar cuenta de los resultados de la evaluación de una red de efectores públicos del Primer Nivel de Atención a través de la mirada de todos los actores.

Métodos y técnicas

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo.

Área de Cobertura: El estudio se llevó a cabo con la población que asistió a las policlínicas de influencia “Lagunón”, “Quintas al Norte”, “Paso de la Estiva” y “Tres Cruces”, pertenecientes a la RAP, ASSE en la ciudad de Rivera.

Universo de estudio: Se obtuvo a través de la sumatoria de todos los usuarios portadores de DMT2 mayores a 20 años, trabajadores incluidos en la guía de la práctica clínica de ASSE para atención a pacientes diabéticos y dirección de las policlínicas mencionadas. No se trabaja con muestras, se realizó un censo a todo el universo.

Unidad de análisis y observación: Usuarios portadores de DMT2 que concurren a las policlínicas, trabajadores y dirección.

Criterios de inclusión: Usuarios que en el último año hayan concurrido a las policlínicas “Lagunón”, “Quintas al Norte”, “Paso de la Estiva” y “Tres Cruces”.

Personal de la salud que trabajaron directamente con los pacientes portadores de DMT2 incluidos en la guía de práctica clínica de ASSE, directivos y jefes de servicio de las policlínicas satélites.

Criterios de exclusión: Usuarios que no desearon participar en la investigación, personas con alguna discapacidad intelectual que no pudieron responder a las preguntas. Personal de la salud y directivos que no desearon participar de la investigación o que en ese momento se encontraban con licencia o certificados.

Instrumento: Procedimiento para evaluar el desempeño de la red, que contiene la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud. Esta consiste en un cuestionario con preguntas estructuradas que recoge información del Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y, Asignación e Incentivos de los usuarios, trabajadores de salud y directivos.

Variables

La investigación HERSS, posee diferentes secciones con componentes que se subdividen en dimensiones. Las mismas, conforman macro variables complejas que a la vez se dividen en otras variables simples.

La HERSS está formada por tres secciones, una que aporta a medir el desempeño de la red a través del conocimiento y vivencia de los usuarios portadores de DMT2 que consultaron en alguno de los efectores sanitarios de la red; otra sección que busca medir el desempeño a través del conocimiento de los integrantes del Equipo de Salud con responsabilidad directa en la atención al usuario portador de DMT2; y la tercer sección que aporta desde la perspectiva de los responsables, es decir, Directivos de la red, definir e implementar las políticas de salud de la red.

Tabla N° 1- Variables de las HERSS

Componentes	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 usuario portador de DMT2. Referencia en el segundo nivel de atención. Referencia en el primer nivel de atención. Relación población/profesionales. Estándares de calidad.
	Primer Nivel de Atención. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado.	Puerta de entrada al sistema. Equipo multidisciplinario para el cuidado usuario portador de DMT2. Coordinación con el resto de los niveles asistenciales. Organización de los recursos de la

		red para la atención al usuario portador de DMT2.
	Mecanismos de coordinación asistencial en todo el sistema. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.	Guías de práctica clínica y/o protocolos de atención al usuario portador de DMT2. Grupos de trabajo interdisciplinario. Mecanismo de referencia y contrarreferencia. Personal capacitado en la propuesta del nuevo modelo de atención. Personal capacitado en los derechos de atención al usuario en general y el usuario portador DMT2 en particular. Trabajo con enfoque holístico. Trabajo con enfoque familiar y Comunitario
Gobernanza y estrategia	Sistema único de gobierno.	Órganos de gobierno. Misión como visión y objetivos de la red Planificación estratégica. Mecanismo de monitoreo y evaluación del desempeño de la

		Red.
	Participación social amplia.	Involucramiento y empoderamiento de los usuarios del programa en el gobierno y la gestión de la red.
	Acción intersectorial.	Coordinación interinstitucional, para el abordaje de los factores de riesgo de la DMT2
	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.
Organización y Gestión	RRHH suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	Cantidad de los recursos humanos. Calidad de los recursos humanos.

	Sistemas de información integrada 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.
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.
Fuente: Herramientas para Evaluar las Redes de Salud, Sbárbaro, M, 2017.		

A continuación, se transcriben las definiciones de las variables de las HERSS elaboradas por Sbárbaro (2017) en el trabajo Herramientas para Evaluar las Redes de Salud.

Modelo de atención

Este primer componente tiene que ver con la estructura que presenta el sistema sanitario para dar cobertura a las necesidades de salud de la población en relación con sus establecimientos, servicios brindados, coordinación de estos servicios y aspectos socio culturales a tener en cuenta para dicha cobertura.

Gobernanza y Estrategia

Componentes relacionados principalmente con el control, la estructura, la composición y el funcionamiento de la red; con el proceso de crear una misión y visión de la organización además de definir las metas y objetivos que se deben cumplir para lograr la visión y la misión.

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. Tiene que ver con los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, los recursos humanos y los sistemas de información utilizados en la red.

Asignación e Incentivos

Componente que es entendido como la forma de obtención de los recursos financieros para el logro de los objetivos planteados por el sistema, rinde cuentas a la red, busca promover la integración de todos en la resolución de los problemas de salud para contribuir a la eficiencia global de la misma. (Sbárbaro, 2017).

Procedimiento para recolección de los datos

La construcción del universo se realizó a través de las herramientas de registro de la red como web-farma, planillas de seguimiento, parte diario que nos proporcionó la Licenciada de Enfermería del servicio y registros del equipo multidisciplinario que asisten a los usuarios adultos con DMT2 que concurren a las policlínicas Lagunón, La Estiva, Quintas al Norte y Tres Cruces.

Luego se prosiguió a contactar a los usuarios vía telefónica donde se presentó el investigador, el objetivo de la intervención y las normas éticas para participar del estudio, en esa instancia se los citó para que comparezcan de forma presencial para una

entrevista donde aplicaremos las HERSS, la misma es de carácter confidencial, voluntaria e individual a los usuarios portadores de DMT2, trabajadores y directivos.

En caso de no obtener resultado por vía telefónica se procedió a realizar una visita domiciliaria para poder ubicar a los usuarios y dar continuidad al trabajo.

Con respecto al equipo de salud y directivos, se los contactó de forma telefónica realizando de igual manera que a los usuarios, agendando día y hora accesible para realizar la entrevista.

Consideraciones éticas

Para llevar adelante la investigación se solicitó las autorizaciones en forma escrita correspondientes a la Dirección de la RAP Rivera y el director de cada Centro. Este estudio se registró por el Decreto 158/019 Comisión Nacional de Ética en Investigación-MSP. Se realizó una nota al comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República solicitando el aval para la investigación, en conjunto al mismo se realizó una nota de responsabilidad de los tutores en consentimiento del trabajo de investigación hacia el Comité de Ética, así como también se solicitó la autorización del grupo anterior de investigación para ajustarlo y aplicarlo. También se registró el protocolo de investigación en el Ministerio de Salud Pública (MSP), con el N° de registro: 8129643. A fin de respetar en todo momento los principios éticos de participación de las personas en este tipo de estudio, se consideró mediante la aceptación y firma del consentimiento informado escrito, elaborado especialmente para ello. En compromiso ético de confidencialidad en todo momento, de la privacidad, el anonimato, y las informaciones de los encuestados. En la hoja de información al participante se explicita el objetivo del trabajo de investigación, el aporte a la práctica profesional y garantía del resguardo de la información. Los que firmen el

consentimiento aceptarán los términos según el decreto N° 414/009 31/08/2009 Ley de Protección de Datos Personales (N°18.331, art 1).

Resultados

El universo se constituyó con la sumatoria de los universos de directivos (4), equipo de salud (20) y usuarios (70), donde el total fue de 94 personas.

Se logró realizar las entrevistas al total de directivos; 19 al equipo de salud donde 1 estaba con certificado médico y 50 entrevistas a usuarios, donde 20 no se realizaron (20 difícil acceso). Definimos usuarios de difícil acceso a los que no se logró comunicación por vía telefónica, no se encontró dirección (realizando la búsqueda en diversas veces y en distintos horarios), los que trabajan fuera de la ciudad y los que vivían en zona roja.



Desempeño Global por actores de la red (usuarios, equipo de salud, directivos).

El índice de Desempeño Global de la Red medido a través de la HERSS y desde el punto de vista de todos los actores involucrados de la red presentó un resultado de 0.42 en una escala de 0 a 1, lo que significa un nivel de bajo desempeño, donde la red de servicios no ha logrado niveles de calidad aceptables en dicho componente explorado en su estructura y/o resultados para satisfacer plenamente las necesidades de los usuarios.

Tabla N°2- Nivel de Desempeño Global, por Sección y Componente de la Red.

Componentes	Usuarios	Equipo de Salud	Directivos	Desempeño Global
Modelo de Atención	IDCR:0.45 Bajo	IDCR: 0.56 Parcialmente alto	IDCR: 0.62 Parcialmente alto	IGCR: 0.49 Bajo
Gobernanza y Estrategia		IDCR: 0.37 Bajo	IDCR: 0.69 Parcialmente alto	IGCR: 0.26 Bajo
Organización y Gestión				
Financiamiento			IDCR: 0.33 Bajo	IGCR: 0.13 Bajo
Desempeño por sección	IDSR:0.37 Bajo	IDSR: 0,47 Bajo	IDSR: 0,61 Parcialmente alto	IGCR:0.42 Bajo
Fuente: Aplicación del Procedimiento para evaluar el desempeño de las redes sanitarias públicas.				

Observando los valores de dos de los actores del sistema (usuarios y trabajadores) el desempeño es de nivel bajo, siendo este desfavorable para el proceso de mejora continua de calidad. Aunque los valores de Directivos son superiores con un 0.61, el desempeño global de la red continúa en valores insuficientes de desempeño.

Índice del Desempeño Global y por Sectores de la Red

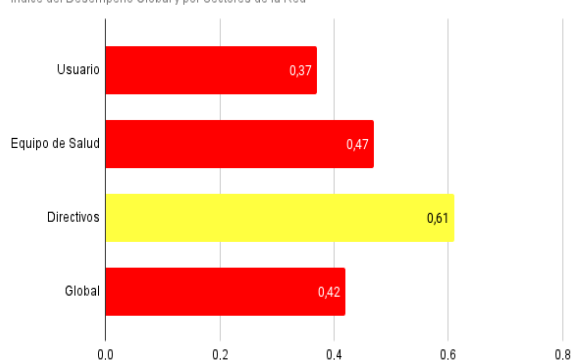


Tabla N° 3- Índice de desempeño global y por sector de la red	
Global	0.42
Usuarios	0.37
Equipo de salud	0.47
Directivos	0.61
Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud Rivera, 2024	

Modelo Asistencial

Partiendo de los resultados obtenidos podemos observar que este componente es el de mayor desempeño global, con un índice de 0.49, ubicándose en niveles de bajo desempeño de la red.

El **índice de desempeño del componente Modelo Asistencial** del sector **Directivos** presenta un valor de 0.62 y el sector **Equipo de Salud** un valor de 0.56, en una escala colorimétrica, lo que significa un desempeño parcialmente alto, esto refleja un proceso de mejora en la calidad del cuidado hacia el usuario. En cambio, el sector de **Usuarios** presenta un valor de 0.45, lo que significa un bajo desempeño de la red.

IDCR=total de ítems válidos del componente/total de ítems del componente

Directivos

$$\text{IDCR} = (\text{modelo de atención}) = \frac{108}{172} = 0,62$$

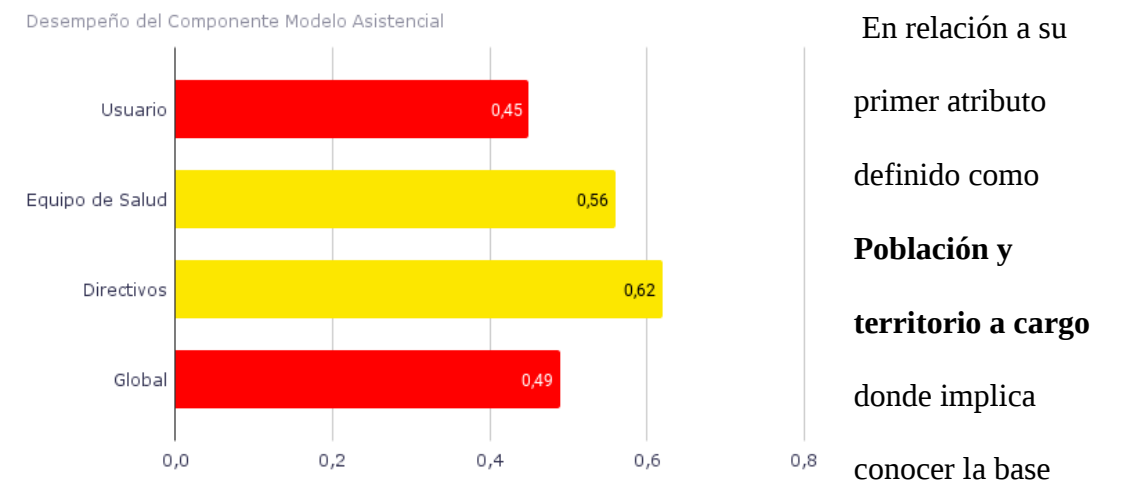
Equipo de salud

IDCR (modelo de atención) = $\frac{373}{646} = 0.56$

Usuarios

IDCR (modelo de atención) = $\frac{961}{2100} = 0.45$

Tabla N° 4- Índice de desempeño del componente Modelo Asistencial y Global.	
Global	0.49
Usuarios	0.45
Equipo de salud	0.56
Directivos	0.62
Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud Rivera, 2024	



territorial, geográfica, de cobertura del efector y un conocimiento claro de las necesidades de salud de la población de dicha área, podemos resaltar que el 50% de los **Directivos**, no conocen el número de usuarios de ASSE bajo el área de cobertura de las policlínicas mencionadas en este estudio (Lagunon, Tres Cruces, La Estiva, Quintas al

Norte) lo que lleva a una deficiencia en conocimiento de usuarios a cargo; pero sin embargo el 100% de ellos si conocen el área geográfica que da cobertura la misma.

De los trabajadores del **Equipo de Salud**, se destaca que el 79% de los trabajadores no conocen el número de usuarios de ASSE que está bajo la cobertura de la policlínica, sin embargo, un 60% de los trabajadores del equipo de salud conocen el área de cobertura de la policlínica.

Desde la perspectiva de los **Usuarios** se destaca que un 100% conoce la policlínica que le corresponde para atender su salud, el 82% manifiesta que no le han realizado encuestas relacionadas con la Diabetes Mellitus tipo 2 en la policlínica.

De los resultados obtenidos del atributo definido como **Extensa Red de Establecimientos de Salud** se destaca con respecto a la existencia de un programa específico para la atención del usuario portador de DMT2, según **Directivos** un 75% manifiesta que no existe. En cuanto a los trabajadores del **Equipo de Salud** se destaca que el 47% menciona que no existe un programa específico para la atención del usuario portador de DMT2, 37% menciona que si existe un programa y 16% no sabe.

El 88% de los **Usuarios** refieren que no existe un programa específico para la atención del usuario portador de DMT2.

Según el atributo definido como **Primer Nivel de Atención Multidisciplinario**, podemos resaltar que el 75% de **Directivos** mencionan que existe un equipo multidisciplinario para la atención del usuario en las policlínicas mencionadas anteriormente.

De los trabajadores del **Equipo de Salud** un 74% conoce los trabajadores de otras profesiones que actúan en la atención del usuario portador de DMT2.

En cuanto a los **Usuarios** un 26% no conocen las profesiones que integran el equipo de salud, que trabajan en su atención.

El atributo **Mecanismos de Coordinación Asistencial** a lo largo de todo el continuo de los servicios, nos muestra que el 50% de los **Directivos** no sabe si existe un sistema de monitoreo del cumplimiento de los protocolos o guías clínicas en el seguimiento de los usuarios, 25% refiere que si existe y un 25% que no existe. En cuanto a los trabajadores del **Equipo de Salud** 42% menciona que no existen protocolos o guías clínicas para el abordaje de los usuarios portadores de DMT2, un 37% que sí existen y 21% no sabe.

De los **Usuarios** se destaca que el 54% se realizan los controles con Diabetólogo cada 3-6 meses, también se puede observar que con Cardiólogo un 82% no tiene rutina, y con la Licenciada Enfermería un 92% no tiene rutina, con la Nutricionista un 74% no tiene rutina, con Odontólogo un 76% no tiene rutina, con Oftalmólogo un 72% no tiene rutina, y con Podólogo el 100% no tienen rutina.

En cuanto al tiempo que realizan los controles de HbA1c el 56% se realizan entre 3-6 meses, y los controles de Glucemia un 32% se realiza cada 3-6 meses y 38% de los usuarios no tiene rutina con respecto a paraclínicas.

En síntesis, se puede resaltar que en general no existen rutinas completas para los usuarios, lo que conlleva a un control de salud general deficiente para el tratamiento de la enfermedad.

Componente Gobernanza y Estrategia

El índice de desempeño del componente Gobernanza y estrategia el cuál se relaciona con el control, la estructura, la composición y el funcionamiento de la red, según el sector de **Directivos** presentó un valor de 0.69, como se puede observar en la escala colorimétrica que significa parcialmente alto. En cambio el sector de **Equipo de Salud**, dio como resultado 0.37, lo que significa un bajo desempeño de la red.

IDCR= total de ítems válidos del componente/ total de ítems del componente

Directivos

IDCR = (gobierno) = $\frac{58}{84} = 0,69$

Equipo de salud

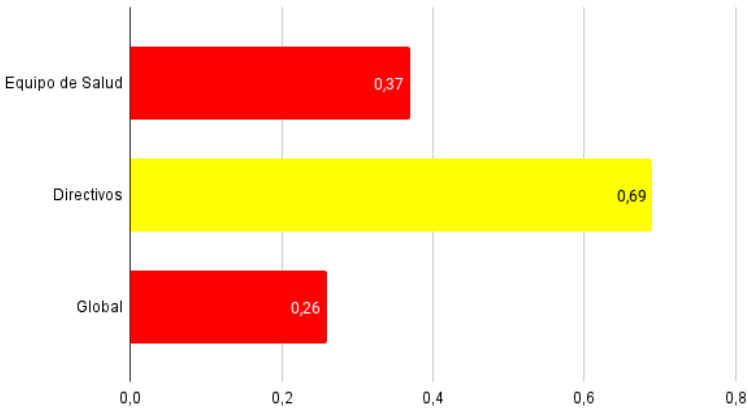
IDCR (gobierno) = $\frac{172}{456} = 0.37$

Usuarios

IDCR (gobierno) = $\frac{18}{400} = 0.045$

Tabla N° 5- Índice de desempeño del componente Gobernanza y Estrategia. Global.	
Global	0.26
Equipo de salud	0.37
Directivos	0.69
Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud Rivera,2024	

Desempeño del Componente Gobernanza y Estrategia.



Refiriendo la
dimensión de **Acción**
intersectorial y el
abordaje en
determinantes de la
salud y la equidad en
salud, según los

Directivos el 56% refiere que si existe mecanismos de coordinaciones
interinstitucionales que permiten abordar los condicionantes de la población, sin
embargo el 69% de los trabajadores del **Equipo de Salud** mencionan que no

intercambian información con organizaciones de referencia de la policlínica, y de esta dimensión solamente el 31% refiere que existe una acción intersectorial.

Componente Organización y Gestión

En este componente debemos resaltar que no se puede medir el índice de desempeño porque la herramienta no lo permite ya que este no da valores confiables, pero si se puede analizar lo que sucede en este.

Cuando hablamos del atributo definido **Gestión basada en resultados** el 63% de los **Directivos** expresan que sí existen mecanismos de evaluación y desempeño en sus policlínicas, y el 37% expresa que no existe ningún tipo de evaluación.

De los trabajadores del **Equipo de Salud** un 47% manifiesta que si existen mecanismos de monitoreo y evaluación del desempeño de las policlínicas y un 47% no sabe si existe; y un 6 % menciona no existe.

De los **usuarios** 74% refieren que presentaron dificultades para acceder a consultas con especialistas, el 54% de estos manifiestan que aún no fueron resueltas sus dificultades.

Nos parece interesante esta dimensión en el análisis ya que la RISS realizó investigaciones operativas con el objetivo de diagnosticar y mejorar resultados, y nos enfrentamos a una división de opinión de los directivos sobre la evaluación y desempeño de las policlínicas, así como también en el ítem de que, si existieron investigaciones sanitarias, la HERSS mostró que un 50% de **Directivos** menciona que sí, y otro 50% menciona que no. Según los **Trabajadores del equipo** de salud un 74% manifestó que no existieron investigaciones relacionadas con los usuarios. Lo que dejamos a discusión este componente.

Componente Financiamiento

El **índice de desempeño del componente Financiamiento e Incentivos** referente a la forma de obtención de los recursos financieros para el logro de los objetivos planteados por el sistema, desde la perspectiva de los **Directivos** presentó un valor de 0.33, lo que significa en la escala colorimétrica un desempeño bajo, esto refleja que los niveles de calidad no son aceptables para satisfacer las necesidades de los usuarios.

De los resultados del atributo definido como **Financiamiento Adecuado e Incentivos Financieros Alineados con las Metas de la Red**, la HERSS muestra que un 50% de los **Directivos** refiere no saber si existe un presupuesto con objetivos globales, el 25% refiere no existir y un 25% que sí existe. Por otra parte, un 50% de los directivos refiere no existir incentivos financieros para sus efectores, relacionado al cumplimiento de metas asistenciales. Lo que se logra ver es que este componente es uno de los más bajos de la red.

IDRC= total de ítems válidos del componente/total de ítems del componente

Directivos

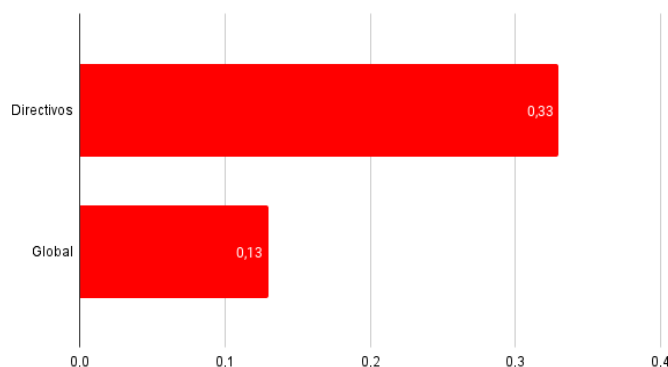
$$\text{IDCR (financiamiento)} = \frac{8}{24} = 0.33$$

Equipo de salud

$$\text{IDCR (financiamiento)} = \frac{0}{38} = 0$$

Tabla N° 6- Índice de desempeño del componente Financiamiento. Global.	
Global	0.13
Directivos	0.33
Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud Rivera, 2024	

Desempeño del Componente Financiamiento.



Discusión

A nivel global se puede decir que la red de atención al usuario presenta un nivel de atención bajo según la escala colorimétrica, lo que se identifica que no se ha logrado un nivel de calidad aceptable, en la estructura de la red, su financiamiento, sus evaluaciones y en su abordaje a los diferentes determinantes de la salud.

Al realizar un análisis particular, **el índice de desempeño global del componente Modelo Asistencial**, tanto para los directivos como para el equipo de salud presentó como resultado un nivel de calidad “Parcialmente Alto”, en comparación el resultado obtenido de los usuarios expresa un índice de desempeño “bajo” del modelo asistencial. Considerando dos puntos de vista diferentes, por un lado, los directivos y el equipo de salud y por el otro lado los usuarios. Es lógico que los directivos conocen más sobre el funcionamiento global de la red y por ende desde su perspectiva se observa un buen desempeño, y los trabajadores de salud están directamente vinculados a la estructura y los procesos de cuidado de las personas. Se puede ver también que los usuarios aún no perciben los cambios en el modelo de salud que impactan en su cuidado. En relación al atributo población y territorio los directivos y personal de salud expresan conocer el área geográfica, pero en gran porcentaje no conocen el número de usuarios de ASSE bajo el área de cobertura de las policlínicas mencionadas en este estudio (Lagunon, Tres Cruces, La Estiva, Quintas al Norte).

La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la

orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros. (OPS, 2010, p. 26).

Por lo consiguiente nos hace reflexionar cómo se está brindando ese cuidado a las personas, si según los datos reflejados el equipo de salud y directivos no conocen los usuarios bajo su cobertura.

Considerando el atributo de **Mecanismo de coordinación asistencial**, enfatizamos la **dimensión de Guías de práctica clínica y/o protocolos de atención al usuario con enfermedades no transmisibles**, la mitad de los directivos no sabe si existe un sistema de monitoreo del cumplimiento de los protocolos o guías clínicas en el seguimiento de los usuarios, y los trabajadores del Equipo de Salud expresan en los datos cifras extremadamente diferentes, por lo que la mayoría manifiesta no conocer ni saber de la existencia de protocolos o guías clínicas para el abordaje de los usuarios portadores de DMT2. En respuesta a esas controversias de resultados, se destaca que la mayoría de los usuarios expresan que no conocen ningún programa de DMT2, ni tampoco se realizaron encuestas o entrevistas relacionadas a esta patología ni a la atención que se les brinda en dichas policlínicas. En referencia al cuidado y atención que se está brindando al usuario, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuando tienen dificultades, se les resuelve?, ¿Se les brinda la medicación que necesitan? ¿hay fecha para consultar con especialistas? El Ministerio de Salud Pública (2017) elaboró las Guías de Práctica Clínica (GPC) de Hipertensión Arterial y DMT2 para la atención en el ámbito ambulatorio, que están orientadas para ser utilizadas por los profesionales de la salud que estén involucrados en el proceso de atención desde la promoción, prevención, confirmación, detección diagnóstica y tratamiento de la DMT2.

¿Por qué todavía no se aplican los protocolos y guías clínicas? Consideramos que aplicando estas guías y realizando las evaluaciones correspondientes de la red

mencionadas anteriormente, esto ayudaría a contribuir con un mejor cuidado hacia el usuario y a la comunidad en que se encuentra dicha policlínica.

El enfoque de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) propicia elevar la calidad en la gestión de los cuidados a estas poblaciones, debido al requerimiento de servicios en distintos puntos de la red y en distintos niveles de atención del sistema sanitario, es así que los mecanismos de referencia y contrarreferencia y las guías clínicas juegan un papel preponderante en el cuidado. (OPS, 2010, p. 29).

A través de la herramienta utilizada (HERSS) en el trabajo de investigación, se identificaron resultados abrumadores acerca de los usuarios, debido a que la mitad de la población estudiada no se realiza controles con diabetólogo, y con los demás especialistas tales como cardiólogo, nutricionista, odontólogo, oftalmólogo, o con las/os licenciadas/os de enfermería no existe rutina. Los controles de HBA1c y de Glucemia solamente la mitad de los usuarios de nuestra población investigada se realizan estos análisis, por lo que las paraclínicas están incompletas o no son realizadas. Esto demuestra una gran debilidad en el abordaje a la población con DMT2, lo que disminuye las probabilidades de un usuario tener conocimiento de su enfermedad, y acceder a servicios de enfermería por no tener un licenciado enfermero operativo para su atención.

Si bien este es el componente de mejor desempeño observamos grandes deficiencias en la red.

Mencionando el atributo de **Primer Nivel de Atención Multidisciplinario** es desolador los resultados debido a que más de la mitad del equipo de salud menciona no conocer los trabajadores de otras profesiones que actúan en la atención del usuario portador de DMT2 , y en contradicción de esta realidad, los usuarios refieren que si conocen los

profesionales que integran dicho equipo de salud que trabajan en su atención, pero no cuentan con un profesional de enfermería Licenciado operativo exclusivo para su atención.

Cuando nos referimos al **Componente de Gobernanza y estrategia** a nivel global presenta un índice con un valor de desempeño bajo. Pero según la visión de los directivos el desempeño es parcialmente alto, y en contraste según los trabajadores de salud este componente presenta un desempeño bajo, esto podría deberse a que la dirección es la responsable en el gobierno de llevar a cabo las estrategias para el mejor cuidado de la población, lo que se interpreta a través de estos índices, es que hay un nivel muy bajo de acercamiento de la dirección con los trabajadores de salud.

Del atributo de Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y equidad en salud, se desprende que a nivel general la red realiza algún intercambio de información y coordinación de acciones con organizaciones de la zona de influencia de la red según un porcentaje de los directivos, pero el aterrizaje de esas coordinaciones en los efectores aún se aleja de ser aceptable para el cuidado de población para mejor desempeño de la red, evidenciado por un gran porcentaje de los trabajadores que aluden no intercambiar información con organizaciones.

Según la Ley 18.211, el SNIS tiene como objetivos alcanzar el mayor nivel de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, implementando 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.

¿Cómo se alcanzará un nivel de salud aceptable y oportuno si las propias redes de salud no trabajan en conjunto? Según la OPS, la participación de enfermería profesional es

fundamental para llevar a cabo los planes de APS. Al brindar los cuidados para la salud, la enfermera interviene de forma activa en la atención del individuo, la familia y la comunidad. La enfermera cuida y atiende a las personas sanas y enfermas de la comunidad y realiza toda una serie de actividades propias a su especialidad en coordinación con el médico para complementar de forma adecuada, sus funciones y llevar adelante las tareas y los planes de la APS.

Con respecto al **componente Organización y Gestión**, destacamos la dimensión **Gestión basada en resultados**, este atributo muestra una debilidad muy marcada de la red.

Al analizar los resultados vemos que se presenta nuevamente la diferencia de respuesta y percepción en el **ítems** si existen mecanismos de monitoreo y evaluación del desempeño de las policlínicas, la mayoría de Directivos expresan que sí existe, y la mayoría de los trabajadores del Equipo de Salud manifiesta que no existen mecanismos de monitoreo, hay un contraste de resultados.

La evaluación es la actividad más común del proceso administrativo, ya que es lo que nos da la guía, periódicamente, para corregir el rumbo de las acciones emprendidas. La evaluación es la última etapa del ciclo administrativo.

Evaluación es medir, comparar y formarse un juicio. (Villar, 2012, p. 16).

Como menciona Villar, evaluar hace parte del proceso administrativo, y este corresponde a todos tanto a directivos como al personal sanitario. ¿Cómo se puede lograr los objetivos, metas, visiones, si no se puede aplicar la estrategia?

Por lo que se debería aplicar la evaluación del desempeño de las actividades que brinda la red a los usuarios, para obtener una calidad en la atención hacia el mismo. Con respecto al **ítem** si existe o existieron en la policlínica investigaciones relacionadas con los usuarios portadores de DMT2, la mitad de los directivos dijo que sí, y más de la

mitad del personal de salud refirió que no existen, esta contradicción de respuestas demuestra una gran debilidad en la aplicación del diagnóstico y evaluación del proceso administrativo, que no se está generando, debido a que los directivos y personal de salud deben trabajar juntos, y si son respuestas opuestas, es porque no se está aplicando correctamente los mecanismos de evaluación y desempeño de las policlínicas, o no hay conocimiento de ellos. Por lo consiguiente, ¿Cómo se está evaluando el desempeño de la RAP, si no hay un conocimiento general de los mecanismos de evaluación de la red? La RISS realizó investigaciones operativas con el objetivo de diagnosticar y mejorar resultados, por lo que los resultados que manifiesta la herramienta utilizada (HERSS), en nuestra investigación, muestra que no se están realizando las evaluaciones correspondientes, se puede pensar que hay mucha demanda de trabajo, o que se necesitaría un personal de salud que se encargue directamente de esta área, o que la dirección no está siendo específica en el cumplimiento de esta actividad, o existe una deficiencia de comunicación entre el personal de salud y la dirección.

De los **usuarios** podemos destacar que el **74%** refiere que tuvieron dificultades para acceder a consultas con especialistas, y más del 50% refiere que no obtuvo solución.

Esto es el reflejo de la ausencia de un personal de enfermería profesional operativo, y un médico de medicina general así como establece el decreto 354/014, Ley 18815,

Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería.

En resumen este componente presenta grandes carencias, desde nuestro punto de vista, están las herramientas es cuestión de aplicarlas, y generar interacción, comunicación y más trabajo en equipo del personal de salud y directivos, que a veces por pequeños detalles hay deficiencias, pero si existe un mismo propósito que es brindar una calidad de atención a la salud del usuario y su familia, así como establece la misión de ASSE.

MISIÓN: Somos el principal prestador estatal de servicios de salud, gratuito y elegible, con una red de servicios distribuidos en todo el territorio nacional, que brinda a sus usuarios una atención segura e integral, mediante el desarrollo de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y que contribuye a la salud de todos los habitantes de la República en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. (ASSE, 2022, p. 1)

Mencionando el **Componente de desempeño de Financiamiento e Incentivos** nos deparamos a que es el componente más bajo de la red, desde la perspectiva de los Directivos y a nivel global presentó un valor bajo, por lo que demuestra que el financiamiento no está alineado con las metas de la red, lo se podría explicar o reflexionar acerca de este componente es que los insumos que envía la RAP a los efectores no satisfacen la demanda de los mismos, además no se involucra en las cuestiones financieras de la red. Para finalizar destacamos que no existe ningún tipo de incentivo al trabajador de salud, esto podría también ser justificación de algunas deficiencias mencionadas anteriormente.

Conclusión

A través de la pregunta problema pudimos aplicar el Procedimiento de evaluar el desempeño de la red mediante la herramienta HERRS propuesta en este estudio para medir el Desempeño de la Red de Efectores Públicos y siguiendo los pasos que enuncia el procedimiento; mediante los resultados logramos evaluar el desempeño de la red de policlínicas Lagunón, La Estiva, Quintas al Norte y Tres Cruces, de la Red de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Rivera de influencia del Centro de Salud Federico Díaz. Así mismo a través de cálculos logramos medir de forma confiable y evaluar el desempeño de la red según los usuarios, el desempeño de la red según equipo de salud, el desempeño de la red según la dirección del servicio y también logramos realizar un análisis amplio de calidad de servicio de la red.

En consecuencia, al evaluar el desempeño de la red se demostró una red sanitaria que aún no ha logrado en su estructura, procesos y/o resultados una calidad de atención alta, según los estándares definidos por OPS para las Redes.

También se evidenció que, si bien pueden existir propuestas escritas para el trabajo con un enfoque de redes integradas de servicios de salud basadas en APS, guías y protocolos, los resultados nos demuestran que aún no son utilizados ni evidenciados por los trabajadores sanitarios.

Una de las debilidades mayores que podemos concluir es que no existe un equipo básico de salud (medicina-enfermería profesional) en primer nivel de atención, también la escasa participación de los trabajadores y la nula participación de los usuarios en las definiciones políticas de la red, y la comunicación intersectorial entre el personal de salud y las demás redes de atención, lo que entre otras cosas impide un trabajo intersectorial más que necesario en este tipo de estrategias. Resaltando la gran dificultad

hallada en la comunicación de estrategias y programas de la RAP del personal sanitario que no son comunicadas a los usuarios.

Referencias bibliográficas

- 1 - Agoglia, L, Camacho, E, González, K, Juárez, J, Techera, M y Tirelli, C. (2011).
Percepción de los usuarios sobre el que hacer de la Licenciada en Enfermería en el primer nivel de atención. [Tesis de grado de la Universidad de la República de Uruguay] <https://hdl.handle.net/20.500.12008/2347>
- 2- Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2022). Misión, visión y valores.
https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2014/12/guia_diabetes.pdf
<https://www.asse.com.uy/contenido/Mision-Vision-y-Valores-2113>
- 3 - Batista, K, Benítez, G, Curbelo, C y Ferreira, V. (2019). *Gestión de cuidados al usuario portador de Diabetes Mellitus tipo 2, desde la perspectiva del usuario.* R.A.P. [Tesis de grado de la Universidad de la República de Uruguay]
- 4- Bertora, M, Piastri, M, Piñeiro, S, Romero, V y Senattore, M. (2014.).
Continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en el sector público. [Tesis de grado de la Universidad de la República de Uruguay]
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/7373>
- 5- Bouza, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26(1): 50- 56.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200000100007&lng=es&tlng=es

- 6- Donabedian, A. (2001). Calidad de Atención Médica. *Revista Calidad Asistencial*, 16: 29-38. https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf

- 7- Ministerio de Salud Pública. (2010). Guías de práctica clínica de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención: manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE. Montevideo.

- 8- Lam, R. & Hernández, P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086402892008000200009&lng=es &tlng=es

- 9- Ley 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 5 de diciembre de 2007.
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp955404.html>

- 10- Ley 18131. Sistema Nacional Integrado de Salud. 18 de mayo de 2007.
https://www.bps.gub.uy/bps/file/3753/2/d0276007_sistema_nacional_integrado_de_salud_fonasa_reglamenta_ley_18131.pdf

- 11- Ley 18815. Relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería. 10/12/2014. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-2014>

- 12- Organización Mundial de la Salud. (2022). DIABETES.

<https://www.suat.com.uy/novedad/537-dia-mundial-de-ladiabetes/#:~:text=Situaci%C3%B3n%20uruguay&text=Por%20este%20motivo%20los%20estudios,%2C%20alrededor%20de%20534.000%20personas%2D>.

13- OMS. (2005). ¿Qué es un Sistema de Salud?. <http://www.who.int/features/es>

14- OMS. (1948). Definición de salud.

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>.

15- Organización de las redes. OPS. RISS. APS. (2010).

<https://www.paho.org/es/documentos/cd49r22-redes-integradas-servicios-salud-basadas-atencion-primaria-salud>

16- Organización Panamericana de la Salud. (2010). La Renovación de la

Atención Primaria de Salud de las Américas. *Redes Integradas de*

Servicios de Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS/>

[Redes Integradas Servicios Salud-Conceptos.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS/Redes%20Integradas%20Servicios%20Salud-Conceptos.pdf)

17- OPS. (2010). La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas N° 4.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y)

[spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y)

18- OPS. (2008). La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas N° 1.

[https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias%20Desarrollo%20Equipos%20APS.pdf)

[Estrategias Desarrollo Equipos APS.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias%20Desarrollo%20Equipos%20APS.pdf)

19- OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas.

[https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salu](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

[d_Americas-OPS.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

20- OPS. (1978). Declaración de Alma- Ata.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

21- Parreño, A; Ocaña, S. & Iglesias, A. 2019. Gestión de la calidad en unidades de salud de la ciudad de Riobamba. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2).<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/982/837>

22- Real Academia Española. (2020) Definición de Eficacia.

<https://dle.rae.es/eficacia>

23- RAE. (2020) Definición de Eficiencia. <https://dle.rae.es/eficiencia>

24- Rodríguez, L. A; Acosta, V. N; Ruiz, M; Rodríguez. (2013). Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 15 (2). <https://scielosp.org/pdf/rsap/2013.v15n2/183-195/es>

25- Sbarbaro, M. (2016). Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud. *Revista Uruguaya de Enfermería*. (11).

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/185>

26- Sbarbaro, M. (2017). Procedimiento para evaluar el desempeño de las redes sanitarias públicas. *Revista Uruguaya de Enfermería*, (121).

http://rue.fenf.edu.uy/rue/archives/2017_05/Procedimiento%20para%20evaluar20_desempe%C3%B1o%20RISS.pdf

27- Villar, H. (2012). Gestión de los Servicios de Salud. La Renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/4966>

Anexos

Anexo N° 1- Autorización Dirección RAP Rivera - ASSE.

 UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

 MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL

Rivera, 20 de Marzo de 2023

Dirección RAP Rivera - ASSE
Dra. María Del Rosario Leira

De nuestra mayor consideración:

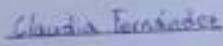
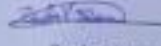
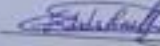
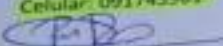
A través de la presente queremos solicitar su aval para la realización del proyecto de tesis de grado de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, titulado "Evaluación el desempeño de una red de efectores públicos del primer nivel de atención de la Ciudad de Rivera", dicho estudio se enmarca en el proyecto posdoctoral del Prof. DrC. Milton Sbarbaro avalado por el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) denominado proyecto "Intervención en salud en efectores sanitarios públicos del PNA en zonas fronterizas. Uruguay - Brasil. 2021 - 2024".

El presente estudio consta de conocer el desempeño de una red de efectores públicos del primer nivel de atención a través de la mirada de sus actores (usuarios, trabajadores y directivos). En particular se desarrollará en las políclínicas de Lagunón, Quintas al Norte, Paso de la Estiva y Tres Cruces, perteneciente a la Red de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Rivera.

Las responsables de este estudio somos las bachilleras Paola Blanco, Candida Coelho, Claudia Fernández, Pamela Rodríguez, Yonatan Trindade y Joaquín Ocio. Como tutores los docentes Prof. DrC. Milton Sbarbaro y Prof. Aste. Valeria Quepfert.

Destacamos que toda la información recabada será de carácter anónimo y se les será entregada al finalizar el trabajo.

Sin más, y quedando a su disposición, saludamos atte.

		
Claudia Fernández	Paola Blanco	Candida Coelho
Celular: 091745961		
	Yonatan Trindade	Joaquín Ocio

23/3/23

Autorizado


Dra. Rosa Leira
Directora
RAP RIVERA - ASSE

claudiafernandezrivera@gmail.com

Anexo N° 2- Autorización autores protocolo.

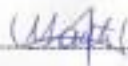
Rivera, 22 de marzo 2023

Por medio de la presente se autoriza a estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, generación 2018 (Udelar- CENUR NE- Rivera), bachilleres Paola Blanco, Candida Coelho, Claudia Fernández, Pamela Rodríguez, Yonatan Trindade y Joaquín Ocho a dar continuidad al proyecto de tesis de grado, aplicando el protocolo titulado "Evaluación el desempeño de una red de efectores públicos del primer nivel de atención de la Ciudad de Rivera", realizado por Carol da Luz Lopez, Diego Mora da Costa, María Nuñez Suarez y Ana Pereira Barboza.

Firma autores:



Carol Andressa da Luz López
C.I. 5.371.149-6



Diego Martin Mora da Costa
C.I. 4.962.814-2



María Martina Nuñez Suarez
C.I. 4.842006-0



Ana Paula Pereira Barboza
C.I. 4.983.287-2

Anexo N° 3- Consentimiento Informado Rivera, Uruguay



Hoja de información

Evaluar el desempeño de la red de Policlínicas de Atención Primaria en Salud en la ciudad de Rivera.

Rivera, Uruguay

Mediante este consentimiento, solicitamos su participación en este trabajo de Investigación que pretende Evaluar el Desempeño de la red de Policlínicas de Atención Primaria en Salud en la ciudad de Rivera.

Este trabajo es realizado por 6 estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República, como trabajo final de grado. El mismo consta de 3 etapas, en las cuales se tomarán en cuenta 3 perspectivas, la primera de los usuarios que concurren a las policlínicas (Lagunón, La Estiva, Quintas al Norte y Tres Cruces); la segunda de los profesionales que trabajan directamente con esos usuarios, y la tercera los directivos encargados de dichas policlínicas.

Su participación en este proceso de la investigación es de gran importancia para la obtención de datos necesarios sobre cómo es la calidad de atención que brinda dichas policlínicas y cómo éstas dan respuestas a sus necesidades de salud. Además de poder recabar su opinión sobre las medidas a tener en cuenta

para la mejora en la calidad de atención a todos los usuarios de las policlínicas (Lagunón, Quintas al Norte, La Estiba y Tres Cruces) pertenecientes al Centro de Salud Federico Díaz.

Debemos destacar que toda la información brindada en esta investigación es de carácter anónimo según lo dispuesto por el artículo 302 del Código Penal.

Los datos obtenidos serán procesados y analizados sin la utilización de los datos personales de los involucrados.



Se tendrán presentes las medidas de seguridad necesarias para evitar la pérdida, alteración o acceso no autorizado por parte de terceros que puedan utilizar los datos para otros propósitos y/o finalidades que no sean compatibles para lo que se ha solicitado al titular. Con lo cual no habrá repercusiones negativas o coercitivas hacia usted con respecto a la información brindada.

Dejamos constancia además que usted como participante de esta investigación no recibirá remuneración alguna por la información recabada.

Además de poder negarse a contestar alguna de las preguntas o retirar su participación de este trabajo en cualquier momento, en tal caso se descartará toda información brindada por usted.

Ante cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar a:

Claudia Fernández claudiafernandezsilveira@gmail.com cel: 091 74 59 61

Anexo 4- Cálculos para obtener resultados de Índice de Desempeño.

índice de componentes de la red

IDCR = $\frac{\text{total de ítems válido del componente}}{\text{total de ítems del componente}}$

total de ítems del componente

Directivos

IDCR= (modelo de atención) = $\frac{108}{172} = 0,62$

Total de ítems del componente

172

Total si × n° entrevistas = 45×4= 172.

Total de ítems válido del componente

D1. 38 sí. D2. 23 sí. D3. 23 sí. D4. 24 sí. Total 108.

IDCR=(gobierno)= $\frac{58}{84} = 0,69$

84

Total de ítems del componente

Total si × n° entrevistas= 21×4= 84.

Total de ítems válido del componente

D1. 15 si. D2. 18 si. D3. 18 si. D4. 7 si. Total 58.

IDCR=(financiamiento)= $\frac{8}{24} = 0,33$

Total de ítems del componente

24

Total si × n° entrevistas= 6×4= 24.

Total de ítems válido del componente

D1. 2 si. D2. 3 si. D3. 3 si. D4. 0 si. Total 8

Equipo de salud

IDCR(modelo de atención)= $\frac{373}{646} = 0.57$

646

Total de ítems del componente

Total si $\times$ n° entrevistas= 34x19=**646**

Total de ítems válido del componente:

E1. 25 si. **E2.** 25 si. **E3.** 25 si. **E4.** 16 si. **E5.**13 si **E6.**18 si **E7.**27 si. **E8.**17 si.**E9.**22si

E10.28 si **E11.**16 si **E12.**20 si.**E13.**26 si. **E14.**5 si.**E15.**20 si.**E16.**17 si.**E17.**29 si

E18.18 si **E19.**6 si. **Total=373**

IDCR(gobierno)= 172 = 0.37

456

Total de ítems del componente

Total si $\times$ n° entrevistas= 24 x 19=**456**

Total de ítems válido del componente:

E1. 12 si. **E2.** 12 si. **E3.** 12 si. **E4.** 11 si. **E5.**10 si **E6.**03 si **E7.**15 si. **E8.**17 si.**E9.**08si

E10.15 si **E11.**03 si **E12.**07 si.**E13.**11 si. **E14.**05 si.**E15.**04 si.**E16.**08 si.**E17.**08 si

E18.06 si **E19.**05 si. **Total=172**

IDCR (financiamiento) = 0 = 0

38

Total si x entrevistas = 2 x 19= 38

Total de ítems válido del componente:

E1.0si.**E2.**0 si.**E3.** 0 si. **E4.**0 si. **E5.** 0 si.**E6.** 0 si.**E7.**0 si.**E8.** 0 si.**E9.** 0 si. **E10.** 0 si.

E11. 0 si.**E12.**0 si.**E12.**0si.**E13.** 0 si.**E14.**0 si.**E15.** 0 si.**E 16.** 0 si.**E17.** 0 si. **E18.** 0 si.

E19.0si

Usuarios

IDCR (modelo de atención)=961= 0.45

(42x50) 2100

total de ítems del componente

total de sí x nº de entrevistas= 42x50=2100

U1.18si.U2.19si.U3.15si.U4.18si.U5.20si.U6.24si.U7.21si.U8.29si.U9.22si.U10.20si.

U11.14si.U12.25si.U13.20si.U14.22si.U15.26si.U16.16si.U17.17si.U18.17si.U19.19si

U20.17si.U21.19si.U22.17si.U23.16 si.U24.15

si.U25.20si.U26.17si.U27.19si.U28.17si.U29.15

si.U30.17si.U31.28si.U32.20si.U33.21si.U34.19si.U35.28si.U 36.18

si.U37.21si.U38.17si.U39.17si.U40.20si.U41.17si.U42.21si.U43.20si.U44.14si.U45.26s

i.U46.20si.U47.18si.U48.13 si.U49.11si.U50.11si.

IDCR (gobernanza y estrategia) = 18= 0.045

400

total de sí x nº de entrevistas: 8x 50= 400

U1.0si.U2.1si.U3.1.U4.0si.U5.0si.U6.1si.U7.0si.U8.1si.U9.0si.U10.0si.U11.2si.U12.0si

U13.0si.U14.3si.U15.1si.U16.0si.U17.0si.U18.0si.U19.1 si.U20.0si.U21.0si.U22.0si.

U23.0si.U24.0si.U25.0si.U26.0si.U27.0si.U28.0si.U29.0si.U30.3si.U31.1si.U32.0si.

U33.0si.U34.0si.U35.0si.U36.0si.U37.0si.U38.0si.U39.0si.U 40.0si.U41.0si.U42.0si.

U43.0si.U44.1si.U45.1si.U46.1si.U47.0si.U48.0si.U49.0si.U50.0si.

ÍNDICE DE DESEMPEÑO DEL SECTOR DE LA RED

IDSR=total de ítems valido del sector

total de ítems del sector

IDSR=(directivos)= 231 = 0,61

(94x4) **376**

Total de ítems del sector

Total si × n° de entrevistas= 94×4=**376**

Total de ítems válido del sector

D1. 71 sí. D2. 59 si. D3. 59 si. D4. 42 si. Total 231.

IDSR=(equipo de salud)= 872 = 0,47

(97x19) **1843**

Total de ítems del sector

Total si × n° entrevistas= 97 x 19=**1843**

Total de ítems válido del sector

E1. 66 si. E2. 66 si. E3. 66 si. E4. 39 si. E5.37 si E6.30 si E7.63 si. E8.51 si.E9.39 si

E10.73 si E11.30 si E12.42 si.E13.55 si. E14.19 si.E15.49 si.E16.37 si.E17.53 si

E18.37 si E19.20 si. Total=872

IDSR=(usuario)= 1185 =0.37

(64x50) **3200**

Total de ítems del sector

Total si × n° entrevistas= 64 x 50=**3200**

Total de ítems válido del sector

U1.24si.U2.26si.U3.22si.U4.23si.U5.24si.U6.27si.U7.30si.U8.34si.U9.29si.U10.25si.

U11.18si.U12.36si.U13.24si.U14.27si.U15.37si.U16.19si.U17.19si.U18.19si.U19.23si.

U20.20si.U21.21si.U22.19si.U23.17si.U24.17si.U25.21si.U26.19si.U27.20si.U28.18si.

U29.17si.U30.19si.U31.34si.U32.26si.U33.28si.U34.24si.U35.35si.U36.25si.U37.29si.

U38.24si.U39.24si.U40.24si.U41.21si.U42.26si.U43.23si.U44.18si.U45.34si.U46.27si.
 U47.26si.U48.15si.U49.15si.U50.15si.

ÍNDICE DE DESEMPEÑO GLOBAL DE LA RED

$$\text{IDGR} = \frac{\text{IDSR}(u) + \text{IDSR}(eq.s) + \text{IDSR}(d)}{3}$$

3

$$\text{IDGR} = \frac{0.37+0.47+0.61}{3} = 1.45/3 = 0.42$$

3