

Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: *Proceso de su elaboración/Procedure for evaluating the performance of public health networks: Process of its elaboration/Procedimento para avaliação do desempenho das redes de saúde pública: Processo de elaboração.*

Milton Sbarbaro Romero¹

Recibido: 8 de enero de 2017

Aceptado: 2 de mayo de 2017

Resumen

Los modelos de atención basados en la estrategia de redes integradas de servicios de salud, conforman complejos sistemas con el objetivo de superar la fragmentación y segmentación de los servicios de salud y mejorar su desempeño. Los atributos definidos por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) como esenciales para el adecuado funcionamiento del modelo de atención a la salud tienen una representación concreta en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay, sin embargo, no se han sistematizado en publicaciones científicas ni se han desarrollado procedimientos que permitan la evaluación en el contexto nacional. Los objetivos y principios del SNIS hacen necesario el diseño de procedimientos que examinen el modelo de atención con un enfoque sistémico, para poder tomar las acciones encaminadas a resolver las deficiencias encontradas, estimular iniciativas y proponerse metas superiores a alcanzar. El Objetivo de éste artículo es mostrar el trabajo científico-técnico desarrollado por el autor para el diseño de un “*Procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud*”, a través de la utilización de una enfermedad trazadora, con un enfoque de garantía de calidad. Para ello se realizó una investigación de desarrollo en servicios de salud, en una red de efectores públicos de Uruguay, en el período comprendido entre los años 2012 – 2015. Se concluye que la principal dificultad identificada en el sistema sanitario de Uruguay, que refería a la falta de procedimientos válidos para evaluar el desempeño de las redes sanitarias integrales, fue acotada por ésta investigación, en la cual se expone el proceso de elaboración y validación del *Procedimiento* diseñado para ello.

Palabras clave: Red Integrada de Servicios de Salud, Sistema Nacional Integrado de Salud, Evaluación de Servicios de Salud, Garantía de la Calidad de Atención de Salud, Uruguay.

¹ Licenciado Enfermero. Magíster en Gestión de Servicios de Salud. Profesor Agregado de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Uruguay. miltonsbarbaro@gmail.com

Abstract²

The models of care based on the strategy of integrated networks of health services, conform complexes systems with the objective of overcoming the fragmentation and segmentation of health services and improve your performance. The attributes defined by OPS as essential for proper functioning of the health model care has a concrete representation in the National Integrated System of Health in Uruguay, however, they have not been systematized in a scientific publications neither have developed procedures that allow evaluation in the national context. The objectives and principles of SNIS make it necessary to design the procedures for examining the care model with a systemic approach, to be able to take the actions aimed at solving the deficiencies found, stimulate initiatives and propose higher goals to achieve. The objective of this article is to show the scientific-technical work developed by the author for the design of a "Procedure to evaluate the performance of the integrated networks of public health services", through the use of a tracer disease, with a quality assurance approach. To this end, a research was carried out on the development of health services in a network of public effectors in Uruguay, in the period from 2012-2015. It is concluded that the main difficulty identified in the Uruguayan health system, which refers to the lack of procedures valid for assessing the performance of integrated health networks, delimited by this research, in which is exposed the process of elaboration and validation of the procedure itself.

Keywords: Network Integrated Health Services, Integrated National Health System, Health Services Evaluation; Quality Assurance Health Care, Uruguay.

Resumo³

Importam modelos baseados na estratégia de redes integradas de serviços de saúde, fazer sistemas complexos, com o objectivo de superar a fragmentação e segmentação dos serviços de saúde e melhorar o seu desempenho. OPS definidos atributos como essencial para o bom funcionamento modelo de cuidados de saúde têm uma representação concreta no Sistema Integrado Nacional Saúde Uruguai, no entanto, não foram sistematizadas em revistas científicas e nem ter procedimentos desenvolvidos para permitir a avaliação no contexto nacional. Os objectivos e princípios da SNIS exigem o processo de design a considerar a modelo de cuidados com uma abordagem sistêmica para tomar medidas para corrigir as deficiências encontradas, estimular iniciativas e procurar atingir metas mais elevadas. O objetivo deste artigo é demonstrar o trabalho científico e técnico realizado pelo autor para a concepção de um "Procedimentos para avaliar o desempenho das redes de serviços de saúde pública integradas", através da utilização de uma doença marcador, com um foco garantia de qualidade. Isto requer uma pesquisa de desenvolvimento foi realizado em serviços de saúde em uma

² Traducción al inglés realizada por el autor

³ Traducción al portugués realizada por el autor

rede de efetores Pública do Uruguai, no período entre os anos de 2012-2015. Conclui-se que a principal dificuldade identificada no sistema de saúde no Uruguai, que dizia respeito à falta de procedimentos válidos para avaliar o desempenho das redes de saúde integradas, foi delimitada por esta investigação, em que o processo de desenvolvimento e validação de processo destinado expostos a-lo.

Palavras-chave: Redes Integradas de Serviços de Saúde; Sistema Nacional Integrado de Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde, Uruguay.

Introducción

En la región de Las Américas, se ha generalizado la conceptualización del trabajo en redes para la mejora de los servicios de salud en cuanto a accesibilidad, equidad y eficiencia; es así que varios países han incorporado en su sistema sanitario la estrategia de la atención primaria de la salud (APS) y redes integradas de servicios de salud (RISS), “estrategia asumida por la administración sanitaria de Uruguay para organizar modelo de atención en el contexto de una nueva reforma del sector”¹ Se reconoce por la mayoría de los investigadores la necesidad de realizar evaluaciones de desempeño de los sistemas sanitarios que permitan la toma de decisiones oportunas con información confiable. En Uruguay el nuevo modelo sanitario, basado en RISS, carece de evaluaciones debido entre otros factores, a la ausencia de procedimientos científicos que permitan medir su desempeño. Para contribuir a resolver esta brecha, el autor de este estudio elaboró una tecnología (*Procedimiento*) que facilita realizar de forma coherente, evaluaciones de desempeño de redes integradas de servicios de salud.

Objetivo

Exponer el trabajo científico-técnico desarrollado para el diseño de un “*Procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud*”, a través de la utilización de una enfermedad trazadora, con un enfoque de garantía de calidad.

Método

Se realizó una investigación de desarrollo en servicios de salud, en una red de efectores públicos de Uruguay, en el período comprendido entre los años 2012 – 2015

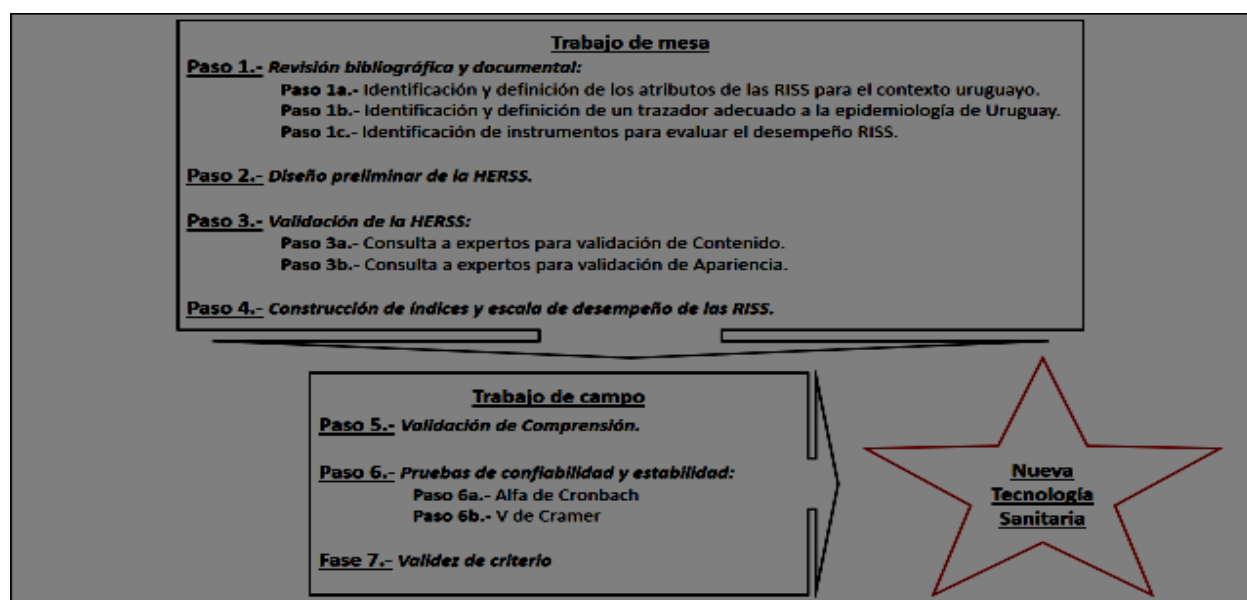
Aspectos éticos

En esta investigación se observaron las orientaciones éticas del “Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería”², referidas a la investigación para los profesionales de Enfermería, en cuánto al respeto de los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de las personas la familia y la comunidad; como así también al brindar información suficiente para lograr el consentimiento informado de las personas partícipes de la investigación. Además 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, se tuvo especial celo en “contar con el consentimiento libre e informado de los sujetos de investigación”³. Se solicitó autorización a la dirección de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE) y el protocolo fue puesto a estudio y aprobado para su aplicación por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Técnicas y procedimientos

La investigación fue desarrollada en dos momentos bien diferenciados, uno que involucró un “trabajo de mesa” que incluyó cuatro pasos, y un segundo momento, a punto de partida de los resultados de ese trabajo, denominado “trabajo de campo”, que incluyó tres pasos más, orientados a pruebas de validación. El proceso de trabajo seguido se muestra en el siguiente esquema:



Paso 1.- Revisión bibliográfica y documental.

Se realizó una revisión bibliográfica, a través de la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería (bvsenf.org.uy), en la base de datos de literatura latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS) y la base de datos de literatura internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE). Para ello se utilizaron los descriptores de RISS, redes, redes de servicios de salud, sistemas nacionales de salud, desempeño, evaluación de servicios de salud, garantía de la calidad de atención de salud, evaluación de programas e instrumentos de investigación. Este estudio se complementó con una revisión de leyes, normas y documentos oficiales referente al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y a la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE); se profundizó además en la bibliografía sobre diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) focalizada en programas de primer nivel de atención (PNA), con posiciones consensuadas a nivel regional en documentos de la Asociación Latino Americana de Diabetes (ALAD), y se hizo una revisión sobre la

normativa nacional referida al tema.

Paso 1 a.- Identificación y definición de los atributos de las RISS para el contexto uruguayo-

La búsqueda realizada permitió al autor de este trabajo, la identificación de los atributos básicos que deben poseer los sistemas basados en la estrategia de RISS que la OPS sugiere como marco conceptual y operativo para entender dichos sistemas. El constructo asumido para la elaboración del *Procedimiento*, fue validado por diferentes investigaciones y estudios, en los cuáles se plantea que una red integrada de servicios de salud requiere de ciertos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento. La OPS los agrupó según el ámbito de abordaje, iniciativa de consenso que requirió “de una extensa revisión bibliográfica y de diversas consultas realizadas como parte de la iniciativa”⁴. En ese entendido esta investigación toma como válido el constructo RISS en acuerdo con los conceptos desarrollados en su definición por la OPS; componentes y atributos que además, son los que definieron las autoridades sanitarias de Uruguay para su nuevo modelo de atención. A continuación se explicitan dichos componentes, los cuales se subdividieron en variables simples para diseñar la herramienta adecuada al contexto uruguayo.

A.- Modelo asistencial- Este primer componente tiene que ver con la estructura que presenta el sistema sanitario para dar cobertura a las necesidades de salud de las poblaciones en relación con sus establecimientos, servicios brindados, coordinación de esos servicios y aspectos socio culturales a tener en cuenta para dicha cobertura. Este componente presenta seis atributos y 19 dimensiones a saber:

-Población y territorio a cargo y definidos, que implica conocer la base territorial, geográfica de cobertura del efector, y un conocimiento claro de las necesidades de salud de la población de dicha área. Este atributo quedó subdividido en las siguientes dimensiones: población a asistir; conocimiento de las necesidades de los usuarios (portadores de DMT2); y área geográfica.

-Red de establecimientos de salud para la prestación de servicios sanitarios, lo que implica contar con efectores en red que puedan resolver los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a la población adherida a la red. Este atributo quedó subdividido en las dimensiones de programas de salud en la atención al usuario portador de DMT2; referencia en el 2do. nivel de atención; referencia en el primer nivel de atención; relación población/profesionales; y estándares de calidad.

-Primer nivel de atención, definido como la puerta de entrada al sistema sanitario, en la cual deben de resolverse la mayor parte de las necesidades sanitarias a la población de referencia, además de realizar la coordinación de la atención a lo largo del tiempo. Este atributo se subdividió en las dimensiones de puerta de entrada al sistema; equipo multidisciplinario para el cuidado al usuario portador de DMT2; y coordinación con el resto de los niveles asistenciales.

.-Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, refiere a que la atención brindada debe estar basada en los mejores datos científicos disponibles según las necesidades de los usuarios, y en una organización de servicios priorizados según criterios de equidad y eficiencia. Este atributo se abordará en una sola dimensión, la organización de los recursos de la red para la atención al usuario portador de DMT2.

.-Mecanismos de coordinación asistencial en todo el sistema, este atributo refiere a la existencia de formas coordinadas que permitan el mejor o igual tratamiento a todos los usuarios en cualquier efector de la red que necesite y en cualquier momento. Se subdivide en tres dimensiones: guías de práctica clínica y/o protocolos de atención al usuario portador de DMT2; grupos de trabajo interdisciplinario; y mecanismos de referencia y contra referencia.

.-Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, definido como el enfoque del cuidado holístico del individuo que incorpora la interculturalidad, centrado en el conocimiento de los derechos y deberes por parte del usuario; y con un fuerte componente familiar y comunitario. Aborda el cuidado del individuo en su contexto social y cultural, en las circunstancias en las que las personas viven, estudian y trabajan. Este atributo se subdivide en las dimensiones de personal capacitado a la propuesta del nuevo modelo de atención; personal capacitado sobre los derechos de atención de los usuarios en general y portadores de DMT2 en particular; trabajo con enfoque holístico; y trabajo con enfoque familiar y comunitario.

B.- Gobernanza y estrategia- Componente relacionado principalmente con el control, la estructura, la composición y el funcionamiento de la red; con el proceso de crear una visión y misión de la organización, además de definir las metas y los objetivos que se deben cumplir para lograr la visión y la misión. La gobernanza incluye la articulación de la organización y de sus dueños con las políticas que derivan de estos valores; políticas acerca de las opciones que sus miembros deben hacer de modo de lograr los resultados deseados. Incluye también la puesta en marcha de la gestión necesaria para lograr esos resultados y la evaluación del desempeño de los gerentes y de la organización. Este componente presenta tres atributos (sistema único de gobernanza; participación social amplia; y acción intersectorial) y seis dimensiones para dar respuesta a ellos.

.-Sistema único de gobierno, implica el grado de centralización del gobierno de la red, además de definir y llevar adelante la misión y visión de la institución. Vázquez y Vargas plantean que “las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la misión, visión y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red.”⁵ Dicho atributo se subdivide en las dimensiones

de órgano de gobierno; misión, visión y objetivos únicos de la red; planificación estratégica; y mecanismos de monitoreo y evaluación del nivel de desempeño de la red.

.-Participación social amplia, este atributo se relaciona con el grado de desarrollo que presentan las comunidades, y lo que le ofrecen los sistemas para realizar las evaluaciones de desempeño de la red y convertirse en verdaderos gobernantes del sistema sanitario. Podría definirse como el involucramiento y/o empoderamiento de los usuarios en el gobierno y gestión de la red. Este atributo se estudiará a través de la dimensión Involucramiento y/o empoderamiento de los usuarios del programa en el gobierno y la gestión de la red.

.-Acción intersectorial, refiere a la existencia de coordinaciones interinstitucionales que permitan abordar los condicionantes de salud de la población en general, más específicamente que trabaje los factores de riesgo de la DMT2. Para el estudio de este atributo se planteó una única dimensión denominada coordinación inter institucional, para el abordaje de los factores de riesgo de la DMT2.

C.- Organización y gestión- Este componente está vinculado a los procedimientos internos de la red para el manejo de los sistemas de apoyo al cuidado de las poblaciones. Tiene que ver con los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, los recursos humanos y los sistemas de información utilizados en la red. En este componente se presentan cuatro atributos:

.-Gestión integrada de sistema de apoyo clínico, administrativo y logístico, atributo entendido como un modelo de gestión basado en la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional, con sistemas enfocados hacia el mejoramiento continuo de la calidad, que promueve la eficiencia global de la red. Para su estudio se definieron las dimensiones de gestión de sistemas de apoyo clínico; gestión de sistemas de apoyo administrativo; y gestión de sistemas de apoyo logístico.

.-Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red, se definió como la calidad y cantidad adecuada de trabajadores para cumplir con las necesidades de la población referente. Para su estudio se tomaron las siguientes dimensiones, cantidad de los recursos humanos; y calidad de los recursos humanos.

.-Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, atributo entendido como un sistema unificado que permita proveer de datos que satisfagan la necesidad de información de todos los integrantes de la red. Se medirá a través de una única dimensión llamada sistema de información integrado de la red.

.-Gestión basada en resultados, atributo entendido como la estrategia o enfoque que se da la organización. Incorpora además, investigaciones operativas para asegurar que sus procesos y servicios contribuyan al logro de resultados claramente definidos, y promueve la monitorización y evaluación de dicho progreso. Éste se estudiará a través de una sola dimensión, denominada estrategia para asegurar el logro de los objetivos.

D.- Asignación e incentivo- 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. Este componente presenta un solo atributo, *financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red*, definido como un sistema de incentivos y de rendición de cuentas que promueven la integración de la red como un todo; en el mismo se responsabiliza a cada unidad operativa de los costos de la atención; con un presupuesto por objetivos globales que apuesta a la flexibilidad y movilidad de los recursos dentro de la red. Para el estudio del mismo se trabajó con dos dimensiones de sistemas de incentivo financiero del trabajador; y sistemas de incentivo financiero al servicio.

Paso 1b.- Identificación y definición de un trazador adecuado a la epidemiología de Uruguay-

La búsqueda documental mostró aspectos relevantes en el modelo sanitario de Uruguay que lo orientan hacia un sistema basado en redes, que estimula la atención a las enfermedades no transmisibles (ENT), “trabajando a través de programas prioritarios basados en la estrategia de atención primaria de salud, dentro de los que las recomendaciones, normas o protocolos clínicos son una herramienta ineludible”⁶. Si tomamos como marco de referencia los criterios propuestos por Kessner D. para una enfermedad trazadora, se ve que la DMT2 tiene en Uruguay un impacto potencial sobre las condiciones de salud según la prestación de los servicios sanitarios del sistema, en éste sentido la OMS plantea que existían, en el año 2014, 422 millones de personas portadores de DM en el mundo, marcando que “la prevalencia mundial de la diabetes ha crecido de 4,7% en 1980 a 8,5% en 2014”⁷, estimando que para el año 2030 pasaran a ser 720 millones. Para la OPS-OMS “una de cada 12 personas (62 millones) viven con diabetes en Las Américas”⁸, estimando que para el 2040 éstas pasarán a ser más de 100 millones. En Uruguay por su parte “la prevalencia se ubica en el entorno de 9% para la población de 15 a 64 años y afecta a aproximadamente 1 cada 10 personas entre 25 y 64 años”⁹, según datos surgidos de la 2da. encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENFRECNT), realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2013. En Uruguay, según el Fondo Nacional de Recursos (FNR), la diabetes constituye la primera causa de ceguera en el adulto, es la primera causa de enfermedad renal terminal y de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores.”¹⁰ Por otra parte Kessner plantea que el trazador debe ser una enfermedad bien definida y de fácil diagnóstico, con técnicas claras y normatizadas para las etapas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en éste sentido existen en Uruguay guías clínicas para el trabajo de las ENT, y en particular para la DMT2, en el PNA, elaboradas en el año 2010 por la administración sanitaria (ASSE). Como otro criterio se plantea que se deben obtener datos confiables en una población limitada, en éste punto se destaca que la

prevalencia de la DMT2 es lo suficientemente alta como para la obtención confiable de datos, “éste tipo representa el 90% de los casos mundiales”¹¹, por lo que en Uruguay afecta a 9 de cada 10 personas portadoras de diabetes *mellitus*. El cuarto criterio definido por Kessner para las enfermedades trazadores refiere a que el proceso de la enfermedad varía con la utilización de la atención médica, lo que en el caso de la DMT2, las guías clínicas están enfocadas a una atención sanitaria que prevenga las complicaciones, promueva hábitos saludables y hacia la rehabilitación, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, prevenir las complicaciones y reducir la mortalidad. Por último su análisis en cuanto a cuidados, tratamiento e impacto, permite visualizar el desempeño de la red sanitaria. Estas razones permiten definir a la DMT2 como trazador para evaluar el desempeño de la red sanitaria de efectores públicos del PNA en el contexto uruguayo.

Paso 1c.- Identificación de instrumentos para evaluar el desempeño RISS- Por otra parte, se realizó una revisión bibliográfica en busca de instrumentos similares que evalúen el desempeño de una red integrada de servicios de salud en el PNA, a través de una enfermedad trazadora, que pudiera servir en la investigación. En la región se encontraron tres instrumentos y ninguno en Uruguay. Uno de ellos fue desarrollado en Bogotá, como forma de realizar una evaluación rápida de la red sanitaria, allí aplicaron “cuatro tipos de instrumentos, dirigidos a obtener las diversas perspectivas de los actores sobre los atributos de APS”¹². Si bien se concluyó que los instrumentos fueron efectivos para realizar la evaluación rápida del desempeño de la red, la debilidad de los mismos es que quedaron limitados a evaluar el modelo asistencial, sin estudiar los restantes componentes, tan o más importantes en el desempeño como éste. Otro estudio desarrollado en Cuba concluyó en un “Procedimiento metodológico para medir la integración de una red de servicios”¹³, “que permiten identificar atributos de la integración con debilidades en la red”¹⁴ desde la perspectiva de los directivos y prestadores, con la debilidad que incorpora al usuario solamente desde la evaluación de su satisfacción. Dicho procedimiento está basado en aspectos generales que deben contener las redes sanitarias, no incluye elementos de la epidemiología emergente en los países de la región latinoamericana, como lo son las enfermedades no transmisibles, además de estar circunscripto a la singularidad del sistema sanitario cubano. En la misma línea de investigación se plantea 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”¹⁵. En esta revisión se visualiza la necesidad de desarrollar un procedimiento para la evaluación del desempeño de redes sanitarias con enfoque RISS, adecuado al contexto de Uruguay, teniendo en cuenta a todos los actores del sistema y que contemple aspectos de la epidemiología regional y nacional.

PASO 2.- Diseño preliminar de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS).

Con los datos obtenidos de la revisión bibliográfica y documental se realizó un trabajo de mesa para el diseño de una herramienta que midiera el desempeño de las redes sanitarias con un enfoque de calidad y adecuada al contexto uruguayo. Dicha herramienta se traduce en un cuestionario que incorpora en él las metas de la guía de atención al usuario portador de DMT2 de ASSE y los objetivos del sistema sanitario de Uruguay que plantean entre otros avanzar en la cobertura universal de la salud con equidad y calidad, garantizando la salud como un derecho de todos. Después de definir el contenido del cuestionario y luego de realizar una adecuación de significados al contexto de Uruguay por parte del autor de este trabajo, se desarrolló una herramienta preliminar (HERSS), que consta de tres secciones, una primera dirigida a medir el desempeño de la red a través del conocimiento y vivencia de los usuarios portadores de DMT2, otra sección mide el desempeño a través del conocimiento de los trabajadores del nivel asistencial con responsabilidad directa en la atención al usuario portador de DMT2, pertenecientes a los servicios sanitarios de la red, y la tercera sección aporta información desde la perspectiva de los responsables de definir e implementar las políticas de salud de la red, integrantes de su dirección. Dichas secciones a su vez cuentan con cuatro Componentes (Modelo Asistencial; Gobernanza y Estrategia; Organización y Gestión; y Asignación e Incentivos) y 14 atributos cada una de ellas, que serán medidos por un total de 101 dimensiones a través de 276 ítems.

PASO 3.- Validación de la HERSS.

Luego de tener definidos los componentes de cada sección de la HERSS, se procedió a realizar las pruebas de validez, la cual es “el grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir”¹⁶, este concepto plantea que se puede tener diferentes tipos de evidencia, una relacionada con el contenido, otra relacionada con el criterio, y una tercera relacionada con el constructo.

Paso 3a.- Consulta a expertos para validación de contenido. Para validar el contenido de la herramienta preliminar se puso la misma a consideración de expertos en el área de diabetes; de gestión de programas, especialmente vinculados al trabajo en el PNA, y expertos en el área de RISS. Para la selección de los mismos se tuvo en cuenta una experiencia de por lo menos 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 estos perfiles participaron seis expertos, dos con formación de Doctor en Ciencias de la Salud, docentes investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP); un Licenciado en Enfermería, asesor del directorio de ASSE; un Licenciado en Enfermería, director de una sub región de la RAP-ASSE; y un quinto experto, una Licenciada en Enfermería, referente de una de las 22 policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). 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 un paquete con diferente documentación, en formato papel y electrónico, que contenía información sobre los objetivos y características de la investigación, se les manifestó además, el interés en su valoración crítica y observaciones sobre el instrumento en cuestión, para lo cual se les solicitó su participación en forma totalmente voluntaria en esta etapa del estudio. Junto con ello se les dio copia de la HERSS preliminar, acompañado de una matriz para su calificación, de acuerdo a los criterios establecidos por Moriyama (comprensible; sensible a variaciones en el fenómeno; si tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables; componentes claramente definidos; y si deriva de datos factibles de obtener). Para la calificación se utilizó una escala ordinal de 0 a 3 (0=Nada; 0>=1=Poco; 1>=2=Moderadamente; y 2>=3=Mucho) para evaluar los criterios por parte de los expertos, se definió de antemano que quedarán aprobados aquellos *ítems* que obtengan una calificación promedio de Mucho (2>=3) por un porcentaje igual o mayor al 70% de los expertos. Aquellos *ítems* que obtengan una calificación de Mucho (2>=3), por menos del 70% de los expertos, y los que obtengan una calificación de Moderadamente (1>=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>=3) por el 70% o más de los mismos. Además, se resolvió no tener en cuenta los *ítems* que fueran evaluados con una calificación de ≤ 1 por un sólo experto en el criterio de “razonable y justificable”; se entiende 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. Para los cálculos de las medidas de validez se utilizó el paquete de análisis estadístico *Open Office. Org Calc*, obteniéndose los siguientes resultados:

- a) La sección de la herramienta que evalúa el desempeño de la red desde la perspectiva de los **Directivos**, quedó compuesta en forma preliminar por cuatro componentes, 14 atributos, 34 dimensiones y 92 *ítems*, los que se enviaron a los expertos para validar su contenido; de ellos utilizando los criterios pre establecidos se eliminaron dos *ítems*, aunque el puntaje global de cada uno de ellos fue de 2,53 y 2,8 puntos respectivamente.
- b) En lo que respecta a la sección correspondiente al **Equipo de salud**, se configuró con cuatro componentes, 14 atributos, 33 dimensiones y fueron puestos a consideración de los expertos 102 *ítems*. En este caso no hubo ningún *ítem* que los expertos hayan considerado que no se justificaba que estuviera en la herramienta, por lo que quedó conformada por los 102 *ítems* referidos.

e) Con respecto al sector de los **Usuarios** podemos decir que está compuesta por los mismos cuatro componentes que las anteriores secciones, y que se pusieron a validación de los expertos 14 atributos y 34 dimensiones con un total de 82 *ítems*, de los cuales se suprimieron cuatro dimensiones y 11 *ítems*, debido a que alguno de los expertos consideró que no se justificaba su incorporación en la herramienta, más allá que todos los *ítems* mencionados obtuvieron puntajes globales de Mucho ($2 \geq 3$), según la escala utilizada para su medición. Las cuatro dimensiones eliminadas por criterio de los expertos fueron “Misión, visión, objetivos únicos de la red” y “Planificación estratégica” que pertenecen al atributo Sistema único de gobernanza, del componente Gobernanza y Estrategia; y las dimensiones “Sistemas de incentivos financieros del servicio” y “Sistemas de incentivos financieros del trabajador”, pertenecientes al atributo Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red, del componente Asignación e Incentivo. En general se puede decir que el contenido de la HERSS quedó validado en sus tres secciones por expertos en la temática abordada, con niveles de Mucho en todos los *ítems* propuestos. Por otra parte, corresponde decir que, de las 34 dimensiones y los 276 *ítems*, se suprimieron un total de tres dimensiones y 13 *ítems*, por ser considerados por los expertos como injustificables y no razonables para incluir en la herramienta. A su vez, existían cuatro *ítems* que estaban repetidos y que contribuían a medir variables diferentes, por lo que se dejaron en la herramienta pero sin duplicar. Y en sentido contrario expertos coincidieron en que existían dos *ítems* que deberían dividirse para la mejor obtención del dato. Con la validación del contenido por parte de los expertos se perfeccionó la herramienta preliminar la cual quedó conformada por tres secciones (Usuarios, Equipo de Salud, y Directivos), que contienen 4 componentes, 98 dimensiones y 263 *ítems* en general.

Paso 3b.- Consulta a expertos para validación de apariencia. Se realizó además una validación de apariencia, para verificar si las preguntas están bien construidas, lo que permite evitar la inducción de las respuestas. Para lo cual se sometió la misma a la consideración de un experto en el área, ajeno a la investigación, profesor integrante del Comité de ética de la investigación de la Facultad de Enfermería, del cual se tomaron las recomendaciones hechas y se realizaron los ajustes correspondientes. Además, durante el proceso de consulta a expertos para realizar la validación de contenido, fueron tomadas en cuenta sugerencias realizadas por ellos sobre la claridad de las preguntas planteadas en el instrumento. Silva Ayçaguer define muy certeramente la importancia de la validez de apariencia, y le asigna a la redacción de las preguntas un peso muy importante, no sólo porque su mala formulación induce a resultados erróneos, sino que el resultado de ello impacta fuertemente en los costos de las investigaciones. En concordancia con estos aspectos es que se tuvo especial cuidado en la estructura del cuestionario al colocar diferentes tipos de preguntas. Por ejemplo, preguntas de comprobación que pretenden determinar la consistencia o veracidad de las respuestas del sujeto, se

elaboraron diferentes preguntas sobre el mismo tema y se varió además, la forma en que se preguntan, y se distribuyeron 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 su elaboración que las mismas se refirieran a un sólo elemento, aun si se desprenden de una única pregunta madre. En base a estos criterios se construyeron un total de 249 preguntas, de las cuales 54 son preguntas que incluyen algún tipo de comprobación en el mismo instrumento, 47 preguntas generan un filtro, de acuerdo a sus respuestas, para otras preguntas del cuestionario (identificadas gráficamente en la herramienta), y 12 tienen una forma anidada en su redacción, ya que refieren a un mismo elemento.

PASO 4.- Construcción de índices y escala de desempeño de las RISS.

Como parte esencial del *Procedimiento* se hizo necesario definir una serie de índices y escalas para evaluar el desempeño de la red. Dichos índices pueden generar con su sistematización un sistema de monitoreo y evaluación periódicos para establecer momentos comparativos del desempeño de la red. Convencionalmente se ha establecido que el valor de referencia debe tener 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. Se tomó como base para diseñar estos nuevos índices, la escala propuesta por López Puig para “medir los niveles de integración que exhibe una red en particular”¹⁷, debido a que se ajustan los contenidos planteados en ella a los contenidos definidos en el *Procedimiento* para medir el desempeño de redes sanitarias con un enfoque RISS. El *Procedimiento* fue diseñado con una flexibilidad tal que permite evaluar el desempeño de la red en forma global, desde un componente en particular, o desde la mirada de un sólo actor de la red (directivos, equipo de salud o usuarios), para ello se confeccionaron tres índices que permiten dicha evaluación desde esas perspectivas globales o particulares. De este modo se puede calcular el Índice de Desempeño Global y los índices de desempeño por sector y componentes de la red sanitaria con enfoque RISS que se explore, se puede ajustar así a las características y necesidades de la red. El puntaje de cada índice se calculó como porcentaje de respuestas “Si” en el cuestionario. Este puntaje es asignado a cada componente y/o sector de la HERSS, lo que conforma el Índice de Desempeño de Componentes de la Red (IDCR) y el Índice de Desempeño de Sector de la Red (IDSR). Este último finalmente es usado para calcular el Índice de Desempeño Global de la Red. Estos índices pueden tomar valores que oscilan entre 0 y 1, en donde 1 es el valor más alto de desempeño que pueden alcanzar.

Índice de Desempeño Global de la Red

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

Índice de Desempeño de Sector de la Red

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

Índice de Desempeño de Componentes de la Red

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

Para clasificar el desempeño de la red evaluada o componente de la misma, se desarrolló una escala colorimétrica diagramada en tres niveles, con criterios de Alto, Parcialmente Alto y Bajo, escala que se explicita a continuación:

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

Trabajo de campo**Universo.-**

Para la realización de las pruebas de campo, se trabajó con un universo definido por las personas mayores de 20 años portadores de DMT2 con cobertura pública de salud, que consultaron en alguno de los 33 efectores pertenecientes a la red integrada de salud pública; el cual se obtuvo con una revisión de las historias clínicas definidas como “activas” por el investigador, que son aquellas que pertenecen a usuarios portadores de DMT2 y que consultaron por lo menos una vez en el efector, en el período comprendido entre junio de 2014 y setiembre de 2015. Con este criterio se obtuvo una población de 846 usuarios. Otra parte del universo la forman los trabajadores del nivel asistencial con responsabilidad directa en la atención al usuario portador de DMT2, integrantes de los efectores de dicha red sanitaria. En total la red cuenta con 77 trabajadores con estas características. La población de estudio se termina de conformar con los integrantes de la dirección de la red compuesta de 7 miembros. En suma, el universo quedó compuesto por un total de 930 personas (directivos, trabajadores y usuarios).

Muestras.-

Para las pruebas de validación se tomaron las siguientes muestras:

» **Validación de comprensión-** Se tomó una muestra por conveniencia de 10 usuarios portadores de DMT2, definidos por su edad avanzada, ya que el universo de estudio presentaba una media de 76 años, y por su escolaridad, en donde se escogieron usuarios con educación primaria y secundaria, para poder captar las dificultades de comprensión del cuestionario y realizar los cambios correspondientes. Entendiendo que si en ésta población la herramienta no presentaba dificultades de comprensión, no deberían existir en el resto de la población de estudio, que presentaban mayor escolaridad y menor edad. A nivel del equipo de salud para realizar esta validación, se aplicó la HERSS preliminar a una muestra de 10 trabajadores, definida por poseer la característica de contemplar al nivel profesional y al nivel auxiliar y/o técnico, para poder captar en la misma las diferencias conceptuales existentes en la población de estudio; además de tener en cuenta la geo referencia del efector. Esta selección permitió además captar las diferencias existentes por los condicionantes contextuales de las Zonas de Salud.

» **Pruebas de validez y confiabilidad-** Se trabajó con una muestra por conveniencia definida por las siguientes características:

- Los directivos se censaron, por lo cual se tomó a la totalidad de su universo
- Los integrantes del equipo de salud se tomaron dos por cada zona de salud de la red, menos en la zona A en la cual se seleccionaron a cuatro integrantes de los equipos de salud por poseer la mayor cantidad de trabajadores, por lo que esta muestra quedó conformada con 14 unidades de muestreo.
- Los usuarios fueron seleccionados 20 de ellos en un solo efector, el cual presentaba el mayor número de usuarios portadores de DMT2 por ser el único policlínico que ofrecía consulta en la especialidad de endocrinología. La técnica utilizada para su selección en el efector fue por muestreo aleatorio simple, “en el cual 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”¹⁸. En síntesis, para ésta fase del trabajo de campo, la muestra quedó conformada por 41 casos, entre directivos, trabajadores y usuarios.

» **Validez de criterio-** Se censaron los directivos de la red para realizar esta prueba de validez.

PASO 5.- Validación de comprensión. Para ejecutar esta validación se realizó una prueba de campo en la cual se aplicó la HERSS preliminar a la muestra definida anteriormente. En general las preguntas de la herramienta siguieron las recomendaciones básicas en cuanto a no incomodar a los sujetos de la investigación, y al cuidado en la claridad y comprensión de las mismas, para lo cual se tuvo en cuenta los niveles socioculturales de los participantes, esto se corroboró en la prueba de campo realizada en la cual no se encontraron barreras de comprensión en ninguno de los componentes del universo, lo

que mostró una herramienta altamente comprensible por las poblaciones en estudio.

PASO 6.- Pruebas de confiabilidad y estabilidad

Para trabajar en el proceso de validación de la HERSS, en donde Capote Mir plantea que el mismo “consiste en la evaluación del test mediante su aplicación a un número reducido de sujetos”¹⁹, se trabajó con la muestra ya definida de usuarios, directivos y trabajadores. La aplicación de esta prueba se realizó a través de entrevistas personales por parte del investigador, en donde todos los participantes respondieron en forma anónima los cuestionarios, a los cuales se les ofreció la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento que lo desearan, se mantuvo siempre el criterio de firmar previamente un consentimiento informado. Para los cálculos de las medidas de confiabilidad se utilizó el paquete de análisis estadístico GNU PSPP versión 0.7.9.

Paso 6a.- Coeficiente Alfa de Cronbach

Las pruebas de confiabilidad se realizaron a las tres 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 de la sección, pero no correlaciona estos atributos en función de en qué actores serán aplicados (léase directivos, trabajadores y usuarios). Además, las tres secciones tienen variabilidad en los *ítems* planteados para la obtención de los datos, debido a que en su construcción se consideraron las diferencias obvias entre los tres actores del sistema. La fiabilidad de la herramienta (HERSS) se midió a través del coeficiente Alfa de Cronbach. 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”²⁰. 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. Se admite como válido para este estudio la siguiente clasificación de confiabilidad, en dependencia del valor que asume el Alfa de Cronbach:

“Muy Bueno > 0,90 / Bueno 0,80 – 0,90 / Aceptable 0,70 > 0,80 / Inaceptable < 0,70”²¹. Se puede decir que en general la HERSS en la sección **Directivos**, tiene una confiabilidad interna muy fuerte, con una **Alfa de Cronbach de 0,92** lo que la califica como una herramienta “Muy Buena” para medir el desempeño de la red a través de los Directivos. En el componente tres (Organización y Gestión), se retiraron tres 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 se retiraban más *ítems*, y segundo que las preguntas que quedaron permiten obtener datos importantes para entender el desempeño de ese componente, datos a los cuales no se pueden

acceder de otra forma, aportando además, a la confiabilidad global de la herramienta en esta sección. El componente referido a Asignación e Incentivos obtuvo un nivel de confiabilidad de “Aceptable” en el retest, con un Alfa de Cronbach de 0,73. Se destaca que, en este componente también se retira un *ítem*, para darle mayor confiabilidad al mismo, y se vio que repercutió positivamente en la confiabilidad global de la HERSS. El componente uno y el componente dos referido al Modelo Asistencial, y 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*. En la sección referida al **Equipo de salud**, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.89 en el retest, lo que muestra una confiabilidad alta para evaluar el desempeño de la red a través de la visión de los trabajadores de la misma, lo que coloca a la herramienta en esta sección con un nivel de “Buena”. El estudio desagregado muestra que de los cuatro componentes dos de ellos no alcanzaron niveles de “Aceptable” en el retest, ellos son los componentes de Organización y Gestión y el de Asignación e Incentivos, pero sus *ítems* aportan a la confiabilidad global de ésta sección. El componente tres arrojó en la aplicación en campo del retest un valor de confiabilidad bajo ($\alpha=0,52$), valor muy inferior al obtenido en la primer aplicación del test en campo ($\alpha= 0,71$), no se logró en este componente un nivel de “Aceptable”, aún al retirar del mismo un *ítem*. Por otro lado, 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 este componente presenta solamente tres *ítems*, lo cual podría influir en los valores del Alfa de Cronbach. Por esta misma razón se decidió no quitar más *ítems* de la herramienta, ya que los dos restantes son importantes para poder tener una referencia de este componente. Aunque este componente no logró una confiabilidad aceptable, el mismo aporta a la confiabilidad global de la herramienta en la sección equipo de salud, a esto se suma que elevó levemente el Alfa de Cronbach global. Por otra parte, los componentes de Modelo Asistencial, y Gobernanza y Estrategia resultaron con valores de “Aceptable” y “Bueno” en el retest de la prueba de campo, con valores de Alfa de Cronbach de 0,73 y 0,8 respectivamente. La confiabilidad global de la sección referida a los **Usuarios**, arrojó un valor alto en la aplicación del retest de la prueba de campo, con un nivel de “Bueno” dado por un Alfa de Cronbach de 0,85. El análisis desagregado de los componentes revela que dos de ellos no llegan a valores aceptables, los de Gobernanza y Estrategia, y de Organización y Gestión que arrojaron valores de Alfa de Cronbach de 0,52 y 0,66 en la prueba de campo, que si bien fueron superiores en el retest, no alcanzan los valores requeridos para su validación particular, pero sí aportan a la confiabilidad global de la sección. 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* y se tiene en consideración que a nivel global esta sección muestra un nivel

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

A nivel general la HERSS es fiable para medir el desempeño de la red desde la perspectiva individual de sus actores, a través de su aplicación por sección (directivos, trabajadores y/o usuarios). Así mismo, la prueba de confiabilidad demostró que la herramienta es fiable para medir por separado los componentes Modelo de atención, Gobernanza y estrategia y el componente de Financiamiento e incentivos, desde la perspectiva de los actores de la red. Por su parte el componente de Organización y gestión arrojó valores de no confiabilidad en las pruebas de campo. El valor bajo del Alfa de Cronbach puede estar dado por ser un componente muy heterogéneo, se recuerda que en el constructo definido por la OPS y asumido por el autor de esta tesis, esta macrovariable está compuesta por dimensiones muy disímiles como Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; Recursos humanos suficientes, competentes comprometidos y valorados por la red; Sistemas de información integrados que vincula a todos los miembros de la red; y Gestión basada en resultados. Teniendo en cuenta ésta composición se realizó el estudio de confiabilidad por dimensión, dando igualmente valores bajos, infiriéndose que a su interior las dimensiones son también heterogéneas. Por ejemplo la dimensión Gestión basada en resultados, está compuesta por las variables de mecanismos de monitoreo y evaluación del desempeño; mecanismos de compensación al trabajador; e investigaciones sanitarias. Por éste motivo se le realizó a éste componente un análisis factorial de forma de analizar si dentro del mismo como está planteado actualmente, existen “sub componentes” no observables que expliquen la heterogeneidad actual de dicho componente y que permitan definir nuevas dimensiones en los casos que corresponda. El análisis factorial mostró que con dos factores se explica un 75% aproximadamente de la variabilidad total. Los dos factores resultantes agrupan *ítems* de las distintas macrovariables, para los cuales se obtienen valores del alfa de Cronbach aceptables. Los dos componentes agrupan variables de las dimensiones dos, tres y cuatro, con valores de Alfa de Cronbach de 0.70 y 0.78. Como ejemplo, el componente con el valor de Alfa de Cronbach de 0.78, agrupa las variables de programas de formación permanente para los trabajadores (dimensión RRHH), sistema unificado de información sobre la demanda y utilización de servicios en la red (dimensión Sistemas de información integrados que vincula a todos los miembros de la red), y existencia de investigaciones sanitarias (dimensión Gestión basada en resultados). En conclusión se hallaron subgrupos de variables que muestran consistencia interna, pero que no pueden asimilarse a las dimensiones existentes, si no que captan otras dimensiones por ahora no interpretables. Por tal motivo se deberá, en otro estudio, profundizar el análisis y discutir en particular

el constructo Organización y gestión, que hoy asumimos como válido. Esto fortalecería la confiabilidad del constructo RISS. Se destaca que si bien en éste componente el valor del Alfa de Cronbach no alcanzó un nivel aceptable, esto no afectó el resultado de la confiabilidad global y por sector del instrumento del instrumento diseñado. En suma, la herramienta presentó valores de Alfa de Cronbach de 0,92 y 0,85 en las diferentes secciones, lo que muestra una consistencia interna muy fuerte, calificándola como una herramienta “CONFIABLE” para medir el desempeño global de la red.

Paso 6b.- Estadístico V de Cramer

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 con el fin de estudiar la consistencia entre las respuestas de los dos relevamientos. Para ello se utilizó la técnica de test/retest, en la cual se aplicó el mismo instrumento en dos ocasiones, a la misma muestra, con una diferencia entre una aplicación y otra de 7 a 10 días. Es importante, para el análisis de estabilidad, tener presente que en este tipo de pruebas, 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 estabilidad en el tiempo del instrumento desarrollado. Se trabajó con el coeficiente V de Cramer para medir la asociación entre las respuestas del test/retest, dado que son variables cualitativas nominales. Este coeficiente 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 “Cramer's V que es mayor que 0,3 es considerado en ciencias sociales como una correlación significativa”²². 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

0,51 - 0,75: alta dependencia / > 0,76: muy alta dependencia”²³.

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. 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 la sección 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, lo que se puede apreciar en los componentes uno y cuatro en donde el Alfa de Cronbach tuvo un leve aumento que repercutió en la confiabilidad final de esta sección. 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, dicha correlación expresa una dependencia Media y Muy alta. Surge del estudio realizado que el 23% muestra Poca dependencia, pero sin afectar el coeficiente de Alfa de Cronbach general. Esto se explica por el aumento de los valores de confiabilidad de los componentes uno y dos, 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 este caso de forma positiva. Y por otro lado los componentes tres y cuatro muestran el efecto contrario, los coeficientes de correlación obtenidos en ellos explican un cambio en el coeficiente del Alfa de Cronbach viéndose afectada 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. El componente dos 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. 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 esta sección hubieron 25 ítems a los cuales no se les pudo calcular el estadístico V de Cramer (19 en el componente uno, tres en el componente dos y tres en el componente tres); al realizar el análisis de los datos crudos obtenidos en el test/retest se detectó que 22 de las respuestas fueron idénticas en ambas instancias, por lo que se las analizó de la misma forma que en la sección Directivos. Por otra parte, las respuestas de los tres 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, sí 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 participantes en el estudio y como se señaló anteriormente se trata de personas adultas mayores, lo que podría llevar a la situación planteada de cambio de respuestas. 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 variaciones en la confiabilidad de la herramienta (HERSS) obtenidas a través del coeficiente Alfa de Cronbach, y mostró la estabilidad en el tiempo de la herramienta.

PASO 7.- Validez de criterio

En la revisión de antecedentes nacionales realizada no se encontraron herramientas para evaluar el desempeño de la red sanitaria de Uruguay, con las definiciones que el sistema de salud de Uruguay

planteó que debiera tener la misma, que son los definidos por la OPS para los modelos basados en RISS. De las herramientas encontradas a nivel regional, la que más se acerca a la desarrollada en este estudio fue la diseñada por C. López Puig (Cuba), pero la misma sólo mide la fragmentación a través de los directivos y efectores, sin incluir a los usuarios, además de no estar integrada con un trazador como en el caso de este trabajo que incorporó un factor epidemiológico a través de la inclusión en el procedimiento de las guías clínicas de enfermedades no transmisibles. Lo de mayor relevancia quizá es que el referido autor, generó un procedimiento para el caso peculiar del sistema sanitario cubano, muy diferente al resto de los sistemas sanitarios de la región en general y de Uruguay en particular. Por las razones mencionadas se diseñó una estrategia para dicha validación, 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 la misma, 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 el desempeño de la red. En el encuentro de trabajo con los directivos se les explicó el método de evaluación de desempeño, y se les pidió que evaluaran el desempeño de la red desde la perspectiva de todos los actores, la de ellos, de los trabajadores y de los usuarios. Para ello se les planteó la utilización de la escala diseñada a tal fin. Luego se analizaron estos datos con los obtenidos en la prueba de campo. Los resultados que se obtuvieron a través de la estrategia desarrollada para realizar la validación de criterio 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 “Mucha” correspondencia. Esto podría presuponer una fortaleza en los criterios utilizados para la elaboración de la herramienta. Al desagregar un poco más la herramienta, se vio que la misma en la sección de los Directivos fue evaluada con tres 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 y un mínimo de dos. 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 este caso, los valores obtenidos fueron de dos 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 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 (Sección Directivos²⁴, Sección Equipo de Salud²⁵ y

Sección Usuarios²⁶).

Conclusiones

La fragmentación del sistema de salud uruguayo y sus dificultades para garantizar el acceso universal a los servicios sanitarios, en particular de los grupos poblacionales más vulnerables, justifican la necesidad del trabajo integrado en redes de servicios de salud y el diseño de herramientas válidas y confiables para evaluar su desempeño. La principal dificultad identificada en el sistema sanitario de Uruguay, que refería a la falta de procedimientos válidos para evaluar el desempeño de las redes sanitarias integrales, fue acotada en esta investigación, en la cual se mostró el proceso de elaboración y validación del *Procedimiento*²⁷ diseñado para ello. Se identificaron los fundamentos teóricos y metodológicos esenciales que permitieron tomar como válido para este estudio el constructo RISS según los conceptos desarrollados en su definición por OPS, los cuales se tuvieron en cuenta para diseñar un *Procedimiento* que evalúe el desempeño de redes integradas de salud en el contexto de Uruguay. Se logró diseñar un Procedimiento que permite evaluar el desempeño de las redes integradas de salud públicas del primer nivel de atención a través de una enfermedad trazadora, validada para el contexto socio sanitario de Uruguay, bajo el paradigma de garantía de calidad.

¹Sbárbaro Romero M. Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud. Rev. Urug. Enferm. [Internet]2016; 11(1): 83-107. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/185> [consulta: 10 ene 2017].

²Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf [consulta: 10 may 2014].

³ Uruguay. Poder Ejecutivo. La investigación en seres humanos. Decreto 379/008 del 14 de agosto de 2008. [Internet. 2008. Disponible en: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto-investigacion-con-seres-humanos.pdf> [consulta: 15 set 2014].

⁴Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. p. 35. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf [consulta: 10 jul 2015].

⁵Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya. En: Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. p. 44. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf [consulta: 10 ene 2013].

⁶Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Ministerio de Salud Pública. 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: Ed. Prontográfica; 2010. p. 2.

⁷World Health Organization. Global report on diabetes. [Internet]. 2016. p. 26. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1 [consulta: 10 dic 2016].

⁸Organización Panamericana de la Salud. Temas de salud: el número de personas con diabetes en Las Américas se triplicó desde 1980. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11889%3Adiabetes-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es [consulta: 10 dic 2016].

⁹Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de enfermedades no transmisibles. Segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. [Internet]. 2014. p. 55. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf [consulta: 10 dic 2016].

- ¹⁰Fondo Nacional de Recursos. Tratamiento de la diabetes mellitus con análogos de insulina de acción prolongada. [Internet]. 2013. p. 6. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/medicamentos/n_trat_diabetes.pdf [consulta: 10 dic 2016].
- ¹¹Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de enfermedades no transmisibles. Segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Op. Cit. p. 53.
- ¹²Vega 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): 165-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514071010> [consulta: 10 dic 2015].
- ¹³López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ. Validación de un procedimiento metodológico para evaluar nivel de integración en una red de servicios de salud. Rev. Salud Quintana Roo. [Internet]. 2013; 26: 25-34. Disponible en: <http://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=16> [consulta: 25 mar 2016].
- ¹⁴Ibid.
- ¹⁵López 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): 34-43. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n4/spu05409.pdf> [consulta: 25 feb 2016].
- ¹⁶Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Recolección de los datos cuantitativos. En su: Metodología de la investigación. 6a. ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2016. p. 196-268.
- ¹⁷López Puig P. Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. [Tesis en Internet]. 2013. p. 68. Disponible en: <http://files.sld.cu/revsalud/files/2014/11/tesis-procedimientos-para-riss.pdf> [consulta: 19 dic 2015].
- ¹⁸Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Selección de la muestra. En su: Metodología de la investigación. Op. Cit. p. 235-72.
- ¹⁹Capote Mir R. Validación del instrumento. En su: Método estadístico. La Habana; In press; 2000. p. 110-43.
- ²⁰Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Cronbach. Rev. Colombiana de Psiquiatría [Internet] 2005; 34(4): 572-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf> [consulta: 19 dic 2015].
- ²¹Capote Mir R. Validación del instrumento. Op. Cit.
- ²²Molinero LM. Asociación de variables cualitativas nominales y ordinales. [Internet]. 2004. Disponible en: <https://sites.google.com/site/tecnicasdeinvestigaciond38/estadisticas-no-parametricas/3-6-coeficiente-v-de-cramer> [consulta: 18 oct 2015].
- ²³De Arce R. Introducción a la econometría. Tablas de contingencia (Cross-Tab): buscando relaciones de dependencia entre variables categóricas. [Internet]. 2005. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/rarce/pdf/tablas_contingencia.pdf [consulta: 10 set 2015].
- ²⁴Sbárbaro M. Herramienta para Evaluar Redes de Servicios de Salud (HERSS) Sección Directivos. [Internet]. 2017. Disponible en: http://rue.fenf.edu.uy/rue/archives/2017_05/HERSS%20secci%C3%B3n%20Directivos.pdf [consulta: 28 abr 2017].
- ²⁵Sbárbaro M. Herramienta para Evaluar Redes de Servicios de Salud (HERSS) Sección Equipo de Salud. [Internet]. 2017. Disponible en: http://rue.fenf.edu.uy/rue/archives/2017_05/HERSS%20secci%C3%B3n%20Equipo%20de%20Salud.pdf [consulta: 28 abr 2017].
- ²⁶Sbárbaro M. Herramienta para Evaluar Redes de Servicios de Salud (HERSS) Sección Usuarios. [Internet]. 2017. Disponible en: http://rue.fenf.edu.uy/rue/archives/2017_05/HERSS%20secci%C3%B3n%20Usuarios.pdf [consulta: 28 abr 2017].
- ²⁷Sbárbaro M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud. [Internet]. 2017. Disponible en: http://rue.fenf.edu.uy/rue/archives/2017_05/Procedimiento%20para%20evaluar%20desempe%C3%B1o%20RISS.pdf [consulta: 28 abr 2017].