

Artículos de investigación/*Articles in Research/Artigos de pesquisa*

Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay/*Procedure to examine the performance of public health networks. Application in a primary care network in Uruguay/Procedimento para avaliar o desempenho das redes de saúde públicas. Aplicação em uma rede de atenção primária no Uruguai.*

Milton Sbárbaro Romero¹

Recibido: 8 de junio de 2017

Aceptado: 27 de octubre de 2017

Resumen

Este artículo, enmarcado en una investigación desarrollada en una red de efectores públicos del primer nivel de atención de Uruguay, muestra la aplicación paso a paso del Procedimiento diseñado para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas, culminando con la identificación de los puntos críticos que influyen en el desempeño y afectan el acceso de los usuarios a los servicios brindados por la red. El análisis del desempeño se realizó con una gran flexibilidad dada por el procedimiento desarrollado, lo que permitió evaluar globalmente a la red y en forma particular desde la perspectiva de cada uno de los actores principales, como así también aportó elementos individualizados sobre su modelo de atención, su dirección y gobierno, su organización y su financiamiento, lo que permite abordar las estrategias en forma independiente para cada área y por cada actor. Se destaca que se tuvieron en cuenta para el desarrollo del estudio los aspectos éticos que requieren éste tipo de estudios, y se contó con el aval de la institución en donde se realizó.

Palabras clave: Redes Integradas de Servicios de Salud, Evaluación de Sistemas de Salud, Garantía de la Calidad de Atención en Salud, Uruguay.

Abstract²

This article, based on a research developed network of public effectors from the first level of attention in Uruguay, shows the step-by-step application of the procedure designed to rate the performance of public health networks. Ultimating the identification of critical points that influence the performance and affect the access of users to the services provided by the network. The practices analysis was performed with great flexibility given by the developed procedure, which allowed globally and particularly to examine the network from the perspective of each of the main actors. It has as well provided individualized elements on its model of care, its direction and government, its organization and its financing, which allows to approach the strategies independently for each area and for each actor. It is emphasized that the ethical aspects that required this type of studies were taken into account for the extend of the study, and it was endorsed by the institution where it was carried out.

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

Resumo³

Este artigo, enquadrado em uma pesquisa desenvolvida em uma rede de unidades públicas de atenção primária à saúde do Uruguai, mostra a aplicação passo a passo do procedimento desenhado para avaliar o desempenho das redes de saúde pública, culminando na identificação de pontos críticos que influenciam o desempenho e afetam o acesso dos usuários aos serviços prestados pela rede. A análise de desempenho foi realizada com grande flexibilidade dada pelo procedimento desenvolvido, o que

¹ Licenciado en Enfermería. Magister en Administración de Servicios de Salud. Profesor Agregado del Departamento de Administración de Servicios de Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay. msbarbaro@fenf.edu.uy

² Traducción al inglés realizada por el autor

³ Traducción al portugués realizada por el autor

possibilitou avaliar globalmente a rede e, em particular, mediante a perspectiva de cada um dos principais atores, assim como também forneceu elementos individualizados em quanto a seu modelo de atenção, sua direção e governo, sua organização e seu financiamento, o que permite abordar as estratégias de forma independente para cada área e para cada ator. Ressalta-se que os aspectos éticos que requerem esse tipo de estudos foram levados em consideração para o desenvolvimento do estudo, e foi endossado pela instituição onde foi realizada.

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

Introducción

Este artículo tiene por objeto presentar la evaluación del desempeño de una red de efectores públicos de salud de Uruguay, a través de la aplicación de una tecnología sanitaria desarrollada para evaluar el desempeño de redes sanitarias con enfoque de redes integradas de servicios de salud (RISS), adecuada al contexto uruguayo. 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 este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) resolvió en el año 2014, aprobar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, en la cual plantea que se “definan e implementen acciones para mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, aumentando la capacidad resolutive del primer nivel mediante redes integradas de servicios de salud”ⁱ En Uruguay el nuevo modelo sanitario, basado en redes integradas de servicios, 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 artículo diseñó y validó una tecnología sanitaria que facilita realizar de forma coherente las evaluaciones de desempeño de redes integradas de servicios de salud, en el contexto uruguayo. El producto se sometió a juicio de expertos quienes coincidieron que puede ser utilizado por cualquier trabajador o directivo de redes sanitarias, aún sin formación en la temática; precisaron que contiene las herramientas para captar y procesar la información necesaria para la evaluación de la red sanitaria y que puede ser empleada por cualquier institución sanitaria del Primer Nivel de Atención (PNA) de Uruguay. El Procedimientoⁱⁱ diseñado consta de una introducción, en la que se exponen generalidades de las evaluaciones de desempeño y se explica a quién va dirigido. Se detallan los pasos que el autor considera que deben darse para realizar este tipo de evaluaciones, además de cómo utilizar la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS)^{iii iv} ^v diseñada para la recolección de la información, los índices y la escala colorimétrica desarrollados para medir el desempeño de la red sanitaria. Luego de haber validado la nueva tecnología sanitaria, se procedió a realizar la evaluación del desempeño de una red integrada de servicios de salud del PNA, a través de la aplicación del Procedimiento desarrollado, resultados que se muestran en éste

artículo, luego de haber sido devueltos a la dirección de la red estudiada. La red evaluada es parte del subsector público de salud, por lo que posee un enfoque de RISS, el mismo se presenta como un sub sistema sanitario con cualidades propias, con una dirección única y recursos auto administrados para su funcionamiento y a su vez posee poblaciones urbanas y rurales, lo que amplía y enriquece el análisis de los resultados.

Aplicación del Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas:

Paso 1.- Caracterización de la red integrada de servicios públicos de salud, para el cuidado de los usuarios portadores de DMT2.

La red estudiada pertenece a la administración sanitaria pública y comprende la articulación en el primer nivel de atención de 33 efectores, que son responsables de una población adscrita de 100.000 habitantes con cobertura ASSE, con una tasa de 7,82% usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). Para el trabajo en estos efectores la red cuenta con los siguientes cargos (aunque no todos los cargos son financiados de su presupuesto), 53 médicos generalistas y/o de medicina familiar y comunitaria, 34 médicos de diferentes especialidades (pediatras, ginecólogos, cardiólogo, psiquiatra, neurólogo, dermatólogo), 14 parteras, cinco psicólogos, cuatro nutricionistas, tres asistentes sociales, tres odontólogos, tres fisioterapeutas, tres agentes socio educativos, tres auxiliares de farmacia, 35 auxiliares de enfermería, un chofer y cinco licenciados en enfermería coordinadores de las 6 zonas de salud de la red. En éste sentido se destaca que el Ministerio de Salud Pública (División de Recursos Humano (RRHH) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)) desarrolló un documento técnico en el año 2014, “que busca reorientar y ordenar la discusión sobre la composición y funciones que deberían desarrollar los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (ESPNA)”^{vi}, en el mismo se plantean dos equipos de trabajo para el PNA, un Equipo de Proximidad (EP) y un equipo del primer nivel (EPN). El equipo de proximidad es el equipo referente del usuario con capacidades resolutivas, identificado “como la puerta de entrada al proceso asistencial”^{vii} por lo que es responsable de la continuidad asistencial, que garantice la accesibilidad, longitudinalidad e integralidad de la atención. El documento plantea dos opciones para la conformación del EP, el “médico de familia y auxiliar y/o licenciado en enfermería; o médico general, pediatra y auxiliar y/o licenciado en enfermería”. Definiendo de esta manera que la participación de enfermería profesional puede ser prescindente en el equipo básico de salud del PNA. Estos equipos (EBS), en la literatura y en las experiencias exitosas en otros sistemas de la región están conformados a partir del “médico y la enfermera (profesional) de la familia, a quienes se agregan, dentro de las particularidades de los sistemas de salud, otros profesionales”^{viii}. Sin duda que ésta propuesta del Ministerio de Salud Pública (MSP) no ayuda al logro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), y mucho menos acerca al sistema de salud de Uruguay a lograr las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007–2015, la cual

plantea que “la razón de enfermeras calificadas (profesionales) con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región”^{ix}, lo que se evidencia en la red estudiada al aplicar el procedimiento desarrollado, en donde los equipos de salud están conformados por médicos y auxiliares de enfermería, con la ausencia total de enfermería profesional para el trabajo en el primer nivel de atención. Por su parte la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE), comisión creada para asesorar en el ámbito del MSP sobre políticas de enfermería, definió y asesoró en ese sentido al organismo rector del sistema, que la dotación de enfermería en el primer nivel de atención es de “un licenciado, un auxiliar y un interno en enfermería cada 1800-2000 habitantes, dedicados a cuidar grupos de población adscripta. Para empezar a instalar una estructura mínima de enfermería el efector debe contar con un número de licenciados igual al cuerpo médico en funciones (un médico, un enfermero profesional)”^x. Esta definición de la CONAE va en concordancia con la Ley 18.815 de la Profesión de Enfermería, en la cual se plantea como funciones del licenciado en enfermería el “aplicar el proceso de atención de enfermería en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Y participar con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud de familias y comunidades”^{xi}. La red presenta cinco puertas de emergencias, dos propias y tres en convenio con prestadores privados. A su vez, se pudo constatar que existen, según expresión de su dirección, guías clínicas para el abordaje de los usuarios portadores de DMT2, que fueron elaboradas por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) a nivel central; además se encuentra en plena instalación de diferentes sistemas de información (gestión de consultas, gestión de farmacia, plan SIEMBRA, etc.). Otro dato relevante es que existe una división territorial, con responsables o coordinadores de zonas de salud, en las cuales se encuentran distribuidos los efectores para brindar una atención a las poblaciones allí instaladas. Si bien existe una territorialización definida, surge del estudio que la población no está totalmente adscrita a la misma, ya que, por normativa, las personas tienen derecho a elegir su médico de referencia, y esto a veces no condice con el territorio donde viven, trabajan o estudian dichas personas. Es importante destacar que en la red existe una dirección única conformada por un equipo de siete profesionales de la salud, quienes tienen a su cargo responsabilidades bien delimitadas, sólo tres de los miembros de esta dirección poseen formación en gestión de servicios de salud.

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

Se define realizar la evaluación del desempeño de la red en forma global y a través de la visión de todos los actores de la misma. Para ello se trabajó con el mismo Universo conformado por 930 individuos, entre directivos, trabajadores y usuarios. La muestra se confeccionó de la siguiente manera:

- Los directivos se censaron, por lo que se tomó a la totalidad de la población.
- El equipo de salud también se censó, y se eliminó de esta población a aquellos trabajadores que habían participado en la prueba de campo para validar el Procedimiento, por lo que quedó conformada por 63 unidades de análisis.
- Los usuarios fueron seleccionados utilizando un “diseño aleatorio estratificado proporcional”^{xiii}; además, se trabajó sin sustitución de muestra, “lo que permite retener en la muestra solamente a los que, habiendo sido elegidos, son también localizados y encuestados”^{xiii}. Además se restó del universo a los individuos que participaron en las pruebas de campo.

Los cálculos del tamaño muestral para éste grupo se realizaron con una confianza del 95 % y un error relativo de 0,05 (5 %), por lo que quedó conformada por 261 individuos. Del total de la muestra se pudo retener para el estudio un 75,9 % de los usuarios y el 93,65 % del total de los integrantes del equipo de salud y el 100 % de los directivos, los motivos de la no retención fueron cambio de sub sector de salud (61.7 %), cambio de área geográfica (21.3 %), error de datos para ubicarlos (10.6 %) y negativa a participar del estudio (6.4 %). En suma, el tamaño muestral para este estudio quedó constituido por 286 unidades muestrales.

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

Siguiendo las instrucciones del Procedimiento, la encuesta se realizó ajustándose a la distribución territorial de las policlínicas de la red; para ello se utilizaron consultorios libres de los servicios, lo que permitió que los usuarios estuvieran familiarizados con el contexto. Esto facilitó la aceptación de participar, se los convocó en forma telefónica, fijándose día y hora para la realización de la entrevista. Aquellos usuarios que por algún impedimento no pudieron ir hasta la policlínica se les ofreció realizar la entrevista en su domicilio, lo cual permitió retener un mayor número de unidades muestrales. En cuanto a los trabajadores y directivos se coordinó día y hora telefónicamente y a veces en forma personal, para no interferir en su trabajo. De todos los participantes en el estudio se obtuvo el consentimiento informado, manteniéndose el anonimato en los cuestionarios realizados. Para la aplicación de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS), se contó con un grupo de 3 encuestadores, estudiantes avanzados de la licenciatura en Enfermería, que realizaron su proceso de trabajo final de investigación (TFI) con parte de este estudio, a ellos se les realizó un taller sobre los aspectos estructurales de la HERSS, y el contenido de la misma, para facilitar el trabajo en campo; se mantuvo además, una comunicación directa durante la realización de las encuestas por si quedaban dudas en su aplicación. Se trabajó con los programas *EpiData Manager* (v.2.0.4.43) y *EpiData EntryClient* (v.2.0.3.15) para diseñar una máscara de ingresos de datos que pudiera luego ser levantada por cualquier paquete estadístico para su análisis, para este estudio se utilizó el GNU PSPP versión 0.7.9.

Paso 4.- Medición de los índices de desempeño

Índice de Desempeño de Componentes de la Red (IDCR)

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

Usuarios

$$\text{IDCR (Modelo de atención)} = \frac{4716}{10659} = 0.44$$

Equipo de salud

$$\text{IDCR (Modelo de atención)} = \frac{1133}{1680} = 0.67$$

$$\text{IDCR (Gobierno)} = \frac{411}{1064} = 0.39$$

Directivos

$$\text{IDCR (Modelo de atención)} = \frac{157}{266} = 0.59$$

$$\text{IDCR (Gobierno)} = \frac{58}{119} = 0.49$$

$$\text{IDCR (Financiamiento)} = \frac{14}{35} = 0.4$$

Índice de Desempeño de Sector de la Red (IDSR)

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

$$\text{IDSR (Usuario)} = \frac{6702}{15708} = 0.43$$

$$\text{IDSR (Eq. Salud)} = \frac{2254}{4704} = 0.48$$

$$\text{IDSR (Directivos)} = \frac{316}{581} = 0.54$$

Índice de Desempeño Global de la Red (IDGR)

$$\text{IDGR} = \frac{\text{IDSR (U)} + \text{IDSR (Eq. S.)} + \text{IDSR (D)}}{\text{N total de sectores}}$$

$$\text{IDGR} = \frac{0.43 + 0.48 + 0.54}{3} = 0.48$$

De acuerdo a las instrucciones del Procedimiento, no se midió el IDCR en la sección Usuarios para los componentes de Gobernanza y Organización; en la sección Equipo de salud para los componentes de Organización y Financiamiento y en la sección Directivos para el componente de Organización.

Paso 5.- Clasificación del desempeño de la red

A nivel global, y a través de la aplicación de la escala colorimétrica definida, se puede decir que la red presenta un nivel de desempeño “Bajo”, lo que evidencia que aún no ha logrado niveles de calidad aceptables, en su estructura, procesos y/o resultados, para satisfacer plenamente las necesidades de los usuarios. El análisis por sector evidencia que sólo desde la perspectiva de los Directivos se obtuvo niveles “Parcialmente Alto” de desempeño, y el análisis por componente muestra que el de Modelo de Atención es el que obtuvo mayor desempeño con niveles de “Parcialmente Alto”. A continuación, se muestran los resultados del nivel de desempeño de la red global, por sector y componentes, con la utilización de la escala colorimétrica definida en el Procedimiento.

Niveles de desempeño global, por sección y componentes de la red				
	SECCIONES			
Componentes	Usuarios	Equipo de Salud	Directivos	Desempeño Global
Modelo de Atención	IDCR = 0.44 BAJO	IDCR = 0.67 PARCIALMENTE ALTO	IDCR = 0.59 PARCIALMENTE ALTO	IDGCR = 0.57 PARCIALMENTE ALTO
Gobernanza y Estrategia	***	IDCR = 0.39 BAJO	IDCR = 0.49 BAJO	IDGCR = 0.44 BAJO
Organización y Gestión	***	***	***	***
Financiamiento		***	IDCR = 0.40 BAJO	IDGCR = 0.40 BAJO
Desempeño por Sección	IDSR = 0.44 BAJO	IDSR = 0.48 BAJO	IDSR = 0.54 PARCIALMENTE ALTO	IDGR = 0.49 BAJO

Fuente: Aplicación del Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas

Paso 6.- Evaluación de la calidad

Análisis particular del desempeño de la red integrada de servicios públicos a través de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS)

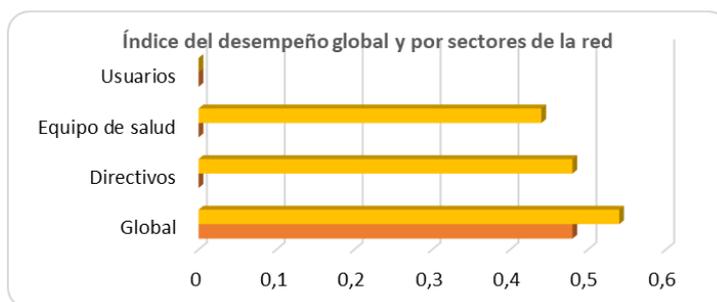
Desempeño Global por actores de la red (usuarios, trabajadores, dirección)

Como se plantea en las instrucciones del Procedimiento, el análisis particular de los datos obtenidos con la aplicación de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS), brindó elementos necesarios que permiten desarrollar las acciones encaminadas a resolver las deficiencias encontradas durante la evaluación, estimular las iniciativas de mejoras y ponerlas en práctica en el camino hacia la Mejora Continua de la Calidad. En ese sentido, se muestra un análisis más detallado de los componentes de la red. El Índice de Desempeño Global de la Red medido a través de la HERSS

y desde la perspectiva de todos los actores involucrados en el proceso asistencial, arrojó un resultado de 0,48 en una escala de 0 a 1; lo que coloca a la red en un nivel Bajo de desempeño. De la lectura de los datos surge con claridad que en la visión que presentan dos de los actores del sistema (trabajadores y usuarios), el desempeño no es favorable en el proceso de Mejora Continua de la Calidad, con valores inferiores a 0,5; y aunque la visión de los Directivos es superior (0,54) el desempeño global de la red continúa en valores insuficientes de desempeño.

En cuanto a la diferencia en la visión de los actores se puede apreciar el flujo con el que se

Índice de desempeño global y por sector de la red	
Global	048
Usuarios	0.44
Equipo de salud	0.48
Directivos	0.54
Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud del PNA. Uruguay - 2015	

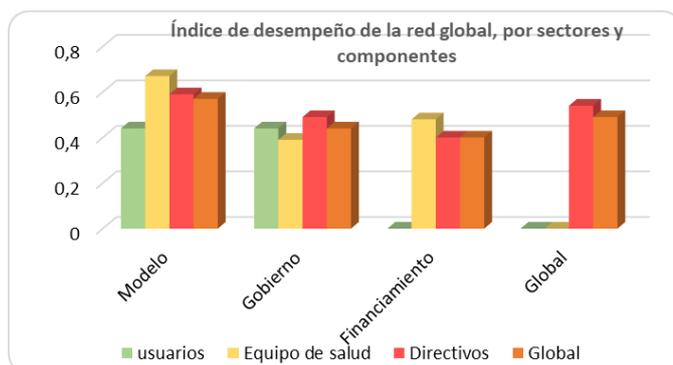


presentan los cambios a la interna de la red. Primero es lógico pensar que quienes llevan adelante la propuesta de cambios (directivos) conozcan más sobre el funcionamiento global de la red y por ende desde su perspectiva se note un desempeño mayor de la misma, en la medida que el conocimiento impacta directamente sobre la mejora de los procesos. A su vez, los trabajadores son el vínculo entre quienes definen las políticas sanitarias y quienes las usufructúan, esa situación podría explicar que el desempeño medido a través del Equipo de salud sea inferior al obtenido en los Directivos, pero superior al que arrojó la medición desde la óptica de los Usuarios. Otro aspecto que se destaca es que, si bien los valores de desempeño son bajos, la diferencia entre las distintas visiones es de 0,05 a 0,06 puntos, lo que podría indicar la fluidez de las relaciones de los directivos con los trabajadores y usuarios, explicado quizás por ser una red relativamente pequeña.

Desempeño por Componente de la red.

Índice de desempeño de la red global, por sectores y por componentes				
Sectores	Componentes			
	Global	Modelo	Gobierno	Financiamiento
Global	0.49	0.57	0.44	0.40
Usuarios	0.00	0.44	0.44	0.00
Equipo de salud	0.00	0.67	0.39	0.48
Directivos	0.54	0.59	0.49	0.40
Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud del PNA. Uruguay - 2015				

Gráfico 1



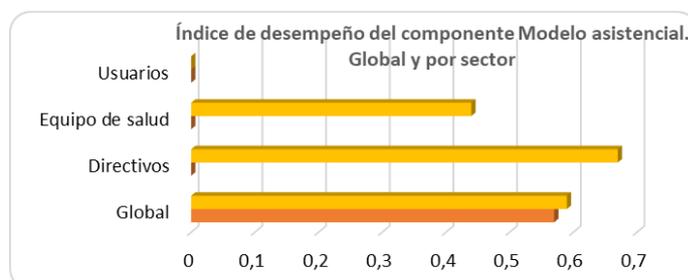
En el análisis global cabe destacar que para el cálculo de desempeño del componente de **Financiamiento e Incentivo** se tomó en cuenta solamente a los Directivos, ya que en la sección de Usuarios la HERSS no lo evalúa por tener en cuenta el criterio de validación de contenido dado por los Expertos. Y en la sección referida

al Equipo de Salud la HERSS arrojó valores de no confiabilidad según el coeficiente de Alfa de Cronbach por lo que tampoco se tuvo en cuenta para la evaluación de dicho desempeño. Por otra parte, el desempeño del componente de Gobernanza y Estrategia fue medido a través de la visión de los Directivos y del Equipo de Salud, debido también a que la HERSS arrojó valores de no confiabilidad según el coeficiente de Alfa de Cronbach en la sección de los Usuarios. Y en el componente de Organización y Gestión no se evalúa el desempeño debido a la no confiabilidad de la HERSS en sus tres secciones. Como se muestra en el gráfico 1, los componentes con menor desempeño fueron los de Financiamiento e Incentivo, con un valor de 0,40 y el de Gobernanza y Estrategia con un valor de 0,44. Esto podría estar explicado por la poca o nula participación social, con un involucramiento casi inexistente de los usuarios en el gobierno de la red. Además, surgió de la investigación que la participación de los Trabajadores en el gobierno de la red es muy reducida. En relación al componente Financiamiento e Incentivo, se podría explicar el bajo desempeño de la red debido a que los trabajadores solamente conocen sobre su salario, pero no tienen conocimiento de cómo se financia la red, y no existen incentivos alineados a las metas de la red. En síntesis, la HERSS mostró un nivel global de Desempeño Bajo en la red estudiada, con un involucramiento fuerte de la Dirección en los procesos de cambio, pero aún insuficiente para lograr procesos de calidad en el cuidado de los usuarios, en el marco de un modelo de atención cimentado en redes integradas de servicios de salud, basados en APS, según lo definido por la administración sanitaria nacional.

Componente Modelo Asistencial

Al realizar el análisis particular, se puede observar que este componente es el de mayor desempeño, con un índice de 0,57; ubicándose en niveles de “Parcialmente Alto”, lo que favorece en algunos aspectos el proceso de mejora de la calidad.

Índice de desempeño del componente Modelo Asistencial. Global y por sector	
Global	0.57
Usuarios	0.44
Equipo de salud	0.67
Directivos	0.59
Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud del PNA. Uruguay - 2015	



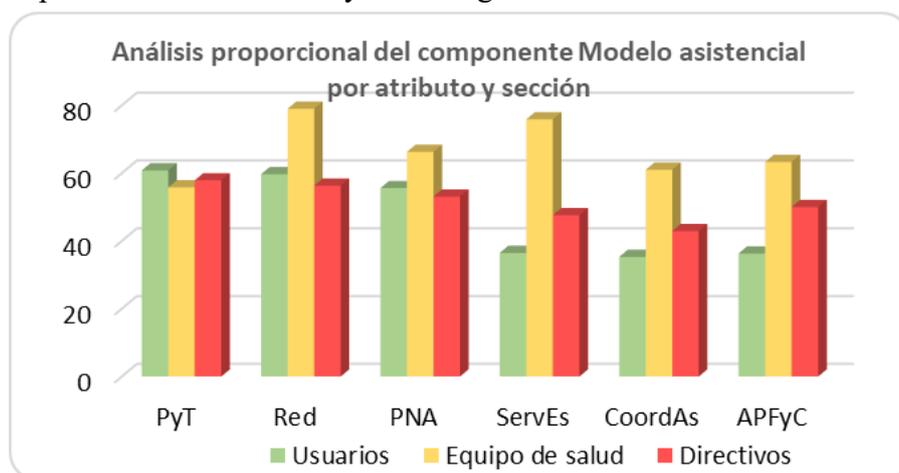
Presenta un desempeño mayor en la visión del equipo de salud, lo que podría explicarse en razón de que las dimensiones de este componente están fuertemente vinculadas a la estructura y procesos del cuidado directo de las personas y las poblaciones. En relación al atributo definido como **Población y territorio a cargo** definidos y amplio conocimiento de sus necesidades, se destaca que la dimensión más débil es el Conocimiento de las necesidades de los usuarios, en donde sólo el 28,6 % de los directivos y un 53,6 % de los trabajadores refieren la existencia de un perfil de salud de la población relacionada con los determinantes sociales de la salud; la situación se agudiza desde el punto de vista del Usuario, por presentar índices casi inexistentes de conocimiento de realización de encuestas relacionadas a temas de salud en general (8,6 %). Del análisis del atributo definido como **Extensa red de establecimientos de salud** (Red) se desprende que la dimensión más débil de la red es el trabajo en programas de salud, y particularmente de ENT, en donde el 85,7 % de los directivos refiere que no existe, y el 14,3 % refiere no saber de la existencia de programas para el abordaje de estos usuarios. Mientras que solamente el 21,4 % de los integrantes del equipo de salud refiere conocer la existencia de dichos programas; y el 17,1 % de los usuarios portadores de DMT2 saben de la existencia de estos programas, de los cuáles solamente el 47,1 % participan de los mismos. La otra dimensión a destacar es la relacionada a los **Estándares de calidad**, en donde se desprende el conocimiento casi nulo de la existencia de guías clínicas o protocolos para el trabajo en los efectores, se advierte que el sólo el 28,6 % de los directivos y el 35,7 % de los trabajadores refieren conocer la existencia de ellos.

Análisis proporcional del componente Modelo asistencial por atributo y sección			
<i>Atributo</i>	<i>Sección</i>		
	<i>Usuarios</i>	<i>Equipo de salud</i>	<i>Directivos</i>
Población y Territorio	60.8	55.8	57.9
Red	59.7	79	56.3
PNA	55.6	66.3	53.1
Servicios Especializados	36.5	75.9	47.6
Coordinación Asistencial	35.3	61	42.9
APFyC	36.3	63.3	50

Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud del PNA. Uruguay - 2015

Al analizar el tercer atributo definido como **Primer nivel de**

atención multidisciplinario, se destaca en la dimensión Equipos multidisciplinarios en la atención del usuario portador de DMT2, que solamente el 14,3 % de los directivos refiere conocer la existencia de equipos de trabajo para el abordaje de estos usuarios; pero sin la participación de enfermería profesional, recurso fundamental para el trabajo en este nivel asistencial como lo demuestra la experiencia internacional y la bibliografía revisada. Se destaca además que solamente el 58,9 % de



los trabajadores alude trabajar en equipo. El estudio del atributo definido como Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, mostró que un 28,6 % de los directivos no conocen los servicios que brinda la red, ni los servicios

que brindan los establecimientos asistenciales del 2do. y 3er. nivel de atención, de referencia de la misma; además, refieren que no existe (71,4 %) o no saben si existe (28,6 %), sistemas de monitoreo de la atención de estos usuarios. En cuanto a los integrantes del equipo de salud surge que desconocen los servicios que brinda la red y los servicios ofrecidos por los efectores del 2º y 3er. nivel de atención de referencia, en un 73,2 % y 78,6 % respectivamente. El atributo definido como Mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios de salud, es uno de los desafíos más grande de la red, ya que el enfoque de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) obliga a elevar la calidad en la gestión de los cuidados a estas poblaciones (DMT2) 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 contra referencia y las guías clínicas juegan un papel preponderante en el cuidado. En este sentido, se observó que en la dimensión de Guías de práctica clínica y/o protocolos de atención al usuario con DMT2, el 35,7 % de los trabajadores refieren que

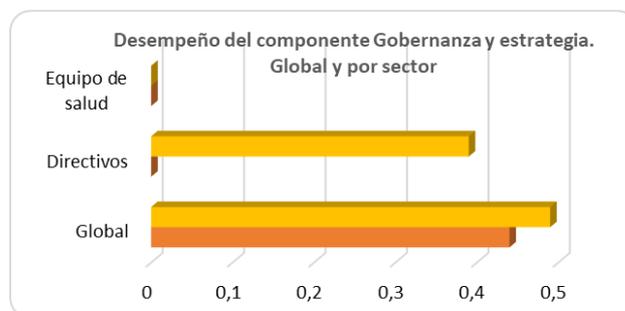
existen protocolos o guías clínicas para el abordaje de estos usuarios. Asimismo, la totalidad de los directivos refiere que no existen sistemas para el monitoreo de dichos protocolos o guías, esta situación se ve reflejada en el cuidado a estas poblaciones, en donde no se le realizan ni los controles ni las interconsultas requeridas. El análisis del atributo denominado **Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad** con un enfoque cultural y de género muestra que la mayoría de los directivos (85,7 %) y los trabajadores (67,9 %) conocen el SNIS y la organización del nuevo modelo de atención, mientras que sólo un 12,8 % de los usuarios conoce el funcionamiento del SNIS. Se destaca además, que sólo el 10,7 % de los usuarios afirman que fueron orientados en los derechos que tienen como usuarios del SNIS. En cuanto, a la dimensión definida como **Trabajo con enfoque holístico y de género**, se observó que el 48,2 % de los trabajadores no está capacitado para trabajar con este enfoque, mientras que el 24,1 % de los usuarios refiere percibir que sus creencias no son tomadas en cuenta por el equipo de salud, y el 43,9 % de las mujeres refiere que su género no es tomado en cuenta para el cuidado de su salud. A esto se le suma que el 37,4 % de los usuarios usa la medicina alternativa como parte del tratamiento, de los cuáles menos de la mitad (45,2 %) lo hace en acuerdo con el equipo de salud de la policlínica. En suma, si bien éste es el componente con mejor desempeño, se desprende de su estudio, una debilidad en aspectos claves como lo son la elaboración de perfiles sanitarios, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y el flujo de la información clínica entre ellos, teniendo en cuenta que “es fundamental identificar las inequidades en salud entre grupos poblacionales a través del análisis pormenorizado de la situación de salud, encuestas e investigaciones específicas y profundizar en sus determinantes. Para esto se requiere de sistemas sólidos de información”^{xiv}. Hay que mencionar además que la red presenta un desarrollo muy pobre en la integración operativa de los programas sanitarios en general, y en particular el referido a las enfermedades no transmisibles, a esto se le suma la no utilización de pautas o guías clínicas, lo que perjudica la gestión del cuidado y afecta los costos sanitarios, ya que “la implementación de las guías de práctica clínica busca impactar positivamente sobre la calidad de la atención y la difusión de conocimientos científicos, determinar políticas de salud y ayudar a elegir acciones en salud que sean favorables a la economía de la salud”^{xv}. En lo que refiere al abordaje integral con un enfoque cultural y de género, se evidencia un desconocimiento profundo de los usuarios en el nuevo modelo de atención y del SNIS, con poca capacitación de los trabajadores para desempeñarse en el mismo. A esta realidad, se le suma la inexistencia de un Equipo Básico de Salud (EBS) necesario para el abordaje a las poblaciones en el PNA. Estos debieran cimentarse, en su constitución, entre otros aspectos con “perfiles formativos de los equipos de salud y niveles de competencia profesionales”^{xvi}, por lo que “éste tipo de atención ha de ser una actividad desarrollada conjuntamente por médicos, enfermeras profesionales, asistentes sociales, psicólogos, odontólogos y

tecnólogos de la salud”^{xvii}, en éste sentido el procedimiento evidenció la falta de estos EBS, con una ausencia marcada de enfermería profesional. Estos aspectos podrían influir en que los usuarios de la red no puedan acceder a servicios integrales y equitativos. Se puede evidenciar que el nuevo modelo está lejos aún de poder brindarlos.

Componente Gobernanza y Estrategia

Índice de desempeño del componente Gobernanza y estrategia. Global y por sector	
Global	0.44
Equipo de salud	0.39
Directivos	0.49

Fuente: Aplicación de la HERSS en la red de efectores públicos de salud del PNA. Uruguay - 2015



Este Componente como se mencionó presentó un desempeño Global Bajo, con un índice de desempeño de 0,44. Surge claramente que en la visión de los Directivos el desempeño es mayor (0,49), que desde la perspectiva de los trabajadores (0,39), esto podría deberse a que las Direcciones son las responsables en el gobierno de llevar adelante las estrategias para el mejor cuidado de las poblaciones, igualmente se observa un bajo involucramiento de la dirección, y más aún de los trabajadores en este componente. Se destaca siguiendo el instructivo del Procedimiento, que no se mide el desempeño desde la perspectiva de los usuarios, pero sí se toman en cuenta los datos obtenidos en la HERSS para el desempeño global, y en el análisis particular para entender el funcionamiento de la red. En el atributo **Sistema único de gobierno**, vemos que la participación del usuario en cualquiera de las dimensiones es baja o inexistente, lo que muestra una debilidad muy marcada de la red en este atributo. Se destaca desde la perspectiva de los directivos que los trabajadores no participan (57,1 %) o no saben si participan (14,3) en la dirección de la red; y la totalidad de ellos refirió que los usuarios no participan en el gobierno de la misma. En relación a la dimensión Misión, visión, valores y objetivos de la red sólo el 28,6 % de los directivos y el 30,4 % de los trabajadores los conocen, destacándose que la participación en la elaboración fue solamente de un directivo y de ningún trabajador ni usuario. El siguiente atributo es una de las piezas claves del funcionamiento de los modelos de atención basados en APS y con un enfoque de RISS, ya que hace al desarrollo de “capacidades de las comunidades para convertirse en socios activos en la gobernanza y evaluación del desempeño de la red”^{xviii}. Este atributo definido como **Participación social amplia**, nos muestra en su análisis el gradiente de involucramiento que tienen los usuarios y el lugar que se les brinda a éstos, tanto desde la directiva como del equipo de salud, en las decisiones de funcionamiento de la red. Es importante destacar que “la participación social en salud requiere una apropiada preparación

de los profesionales que la desarrollan^{xxix} para entender las dinámicas culturales propias de cada región o área geográfica. En él se aprecia que, en general los directivos (71,4 %) y el equipo de salud (87,5 %) le brindan información al usuario para que conozca el funcionamiento de la red; el 42,9 % de los directivos y el 60,7 % de los trabajadores hace partícipe al usuario en el análisis y decisiones de la red y las policlínicas; y solamente el 16,1 % de los trabajadores y ningún directivo le brindan el completo control en las decisiones claves de la red que afecten su bienestar. Pero si se analiza este ítem desde la perspectiva del Usuario, se evidencia que ellos se encuentra aún más distante de lograr algún tipo de participación en las decisiones de la red: el 11,8 % refiere recibir algún tipo de información sobre el funcionamiento de la red, y sólo el 4,3 % refirió participar en alguna decisión del funcionamiento de la policlínica; denotándose que se está muy lejos de lograr el empoderamiento de las comunidades de las redes sanitarias. El procedimiento mostró que “aún no se han construido los mecanismos de participación necesarios, por lo que no se puede hablar de un sistema de salud basado en APS^{xxx}. En esta línea de análisis se subraya que la red no implementa mecanismos para conocer la satisfacción de los usuarios como parte importante de información para mejorar la calidad de la atención y el involucramiento de la comunidad en el funcionamiento del sistema. Del estudio 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 según el 85,7 % de los directivos, y coordinación de acciones con organizaciones de la zona de influencia de la red; pero el aterrizaje de esas coordinaciones en los efectores aún dista de ser aceptable para el mejor desempeño de la red, evidenciado por el 42,9 % de los trabajadores que aluden intercambiar información con organizaciones de la zona de influencia de la policlínica y el 39,2 % refiere coordinar acciones con dichas organizaciones. En síntesis, el análisis de este componente mostró una dirección con escasa formación en gestión de servicios, en la cual no se evidencia la participación de los trabajadores ni de los usuarios lo que testimonia una debilidad de la red en “desarrollar las capacidades de la comunidad para convertirse en socio activo en la gobernanza y evaluación del desempeño de la red^{xxxi}. Este componente es fundamental para redirigir el rumbo del modelo de atención atendándose los determinantes ambientales, económicos y sociales de la salud, para ello es imprescindible el cambio hacia una verdadera “noción de participación ciudadana que aliente y permita a los pobladores y a las organizaciones populares intervenir en la toma de decisiones en asuntos trascendentes y no sólo en aquello inherente a lo local micro o al trabajo voluntario colectivo, sino también en la definición de políticas urbanas, políticas sociales, priorización de necesidades, organización y asignación de presupuestos e inversiones y selección de opciones tecnológicas, para sus barrios y para la ciudad”^{xxii}.

Componente Organización y Gestión

En este componente no se medirá el desempeño, ya que la HERSS en sus tres secciones, directivos, equipo de salud y usuarios, mostraron valores de Alfa de Cronbach de 0,55; 0,52; y 0,66 respectivamente lo que coloca a la herramienta en este componente en particular, en niveles no confiables para realizar dicha medición. Sí se pueden utilizar los datos obtenidos en la investigación para ver como aportan estas variables al desempeño global de la red, ya que los mismos afectan directamente en su desempeño, y están incluidos en el cálculo del Índice de Desempeño Global de la Red. De los cuatro atributos de este componente sólo se analizará por su importancia dos de ellos, uno el atributo definido como **Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red**, en donde se destaca que en la dimensión Cantidad de RRHH, la totalidad de los directivos y trabajadores de la red refirieron que el equipo básico de salud definido por la OPS/OMS, y validado en la experiencia internacional para el trabajo en APS con enfoque RISS no está presente en dicha red, donde se enfatiza la ausencia de enfermería profesional. En este sentido P. López Puig y colaboradores (2009), señalan que en Cuba “no obstante los importantes logros obtenidos en el campo sanitario, en el año 1984 se implementa la estrategia sanitaria del médico y la enfermera de la familia, firmemente anclada en la estrategia de atención primaria y como salto cuantitativo y cualitativo en el desarrollo del área de los servicios a la salud y de los recursos humanos”^{xxiii}. El autor de este trabajo deja especialmente fundamentada la necesaria intervención del Estado en las políticas de recursos humanos, y en especial de políticas referidas a intervenir en la constitución de los equipos sanitarios básicos, donde se hace imprescindible la participación de enfermería profesional, ya que éste es el profesional que presenta los elementos teóricos para abordar “al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos (autocuidado) como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida”^{xxiv}. La capacidad resolutoria del equipo básico de salud, que integra en su gestión la estructura y procesos de la red, constituyendo “una resultante a tomar en cuenta para el mejoramiento de la integración de las redes de servicios, entendiendo que su mejora permitiría que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social de acuerdo a sus necesidades”^{xxv}, se ve afectada debido a que los EBS no presentan la conformación adecuada para el trabajo en el PNA, disminuyendo el desempeño de la red. El estudio de la dimensión Calidad de los RRHH evidenció la carencia de políticas en la formación y gestión del recurso humano que acompañen las necesidades de la red para el cuidado de la población a la que da cobertura. El segundo atributo a analizar es **Gestión basada en resultados**; en él se estudió una sola dimensión denominada Estrategia para asegurar el logro de los objetivos, la cual mostró que el

37,5 % de los trabajadores expresan que existen mecanismos de evaluación y desempeño en sus policlínicas. En este componente se analiza la importancia de “que las RISS realicen investigaciones operativas con fines diversos tales como perfeccionar el diagnóstico de la situación de salud”^{xxvi}, en este sentido la aplicación de la HERSS mostró que el 42,9 % de los directivos, el 16,1 % de los integrantes del equipo de salud refirieron la existencia de investigaciones sanitarias. Desde la perspectiva del usuario la realidad se ve muy diferente, en donde solamente el 2,1 % de ellos refirió que existieron investigaciones relacionadas con su cuidado. En suma, si bien no se pueden tomar los datos para medir el desempeño particular de este componente, el presente trabajo mostró debilidades en la organización y gestión de la red, centradas fundamentalmente en los sistemas de gestión de datos en general, y en particular con historias clínicas muy segmentadas, en donde los usuarios poseen una historia clínica diferente en cada efector que consultan. Además de presentar una dificultad importante en el acceso a los datos de las mismas por parte de los diferentes profesionales. A lo cual se le suma, la casi ausencia de mecanismos de monitoreo y evaluación en los efectores, y la debilidad en investigaciones operativas. Esta situación coloca a la red en una situación crítica para proveer un marco coherente para la planificación y gestión estratégica, al no poder incorporar los aprendizajes al funcionamiento de la red, y el impedimento de hecho, en poder rendir cuentas por el cuidado de los individuos. Hay que mencionar además la inexistencia de enfermería profesional en la integración de los equipos básicos de salud, lo que afecta fuertemente el proceso en el cuidado que se brinda a las poblaciones. “La medicina basada en la evidencia (MBE), o la enfermería basada en la evidencia (EBE) no son excluyentes sino complementarias, como lo son los diagnósticos, prescripciones y cuidados. Los profesionales de estas disciplinas, como los demás del equipo de salud, responsables del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas actuales o potenciales de las poblaciones, deben basar su práctica de APS en la evidencia”^{xxvii}. Este autor acuerda con lo planteado por T. Icart en cuanto a que la práctica basada en la evidencia requiere de actuaciones profesionales en lo clínico, la gestión y la docencia, por lo que se hace indispensable la integración de enfermería profesional en los equipos básicos de salud para comenzar a recorrer este camino.

Componente Financiamiento e Incentivos

El desempeño de este componente se evaluó siguiendo el instructivo del Procedimiento, solamente desde la perspectiva de los Directivos, ya que fue la única sección que tuvo un valor de confiabilidad de Aceptable (Alfa de Cronbach = 0,73). Si se tiene presente esta puntuación se puede decir que el desempeño del componente es Bajo, lo que influye en forma negativa en la satisfacción plena de los niveles de calidad aceptables del mismo, evidenciado por un índice de desempeño del componente de 0,40. Los sistemas de incentivos y financiamiento deben diagramarse para fortalecer la integración

de la red, para lo cual debe existir un presupuesto ajustado a los objetivos globales, en el cuál se involucre en su elaboración a todos los miembros del sistema. En este sentido, la HERSS muestra desde la visión de la dirección que no existe un presupuesto con tales características (referido por el 100 % de los Directivos). Se le suma a esta situación que la mayoría de ellos (85,7 %) refiere que no existen o no saben si existen incentivos financieros para los efectores relacionado al cumplimiento de metas asistenciales. Por su parte solamente el 1,8 % de los integrantes del equipo de salud refiere la existencia de dichos incentivos y el 42,9 % de los directivos refiere que no existe o no sabe si existen mecanismos de control de costos. En suma, se puede decir que este es el componente más débil de la red, que podría estar explicado porque aún la red no presenta una autonomía financiera, lo que permitiría generar un interés mayor en los integrantes del sistema en estos temas y mejorar la calidad de la red en este aspecto. Al aplicar el Procedimiento diseñado para realizar el análisis de la evaluación de la calidad, se evidenció que los principios de participación social y acción intersectorial, así como los valores del derecho al mayor nivel de salud posible y de equidad, de las redes integradas de servicios de salud están comprometidos, por lo que las autoridades correspondientes deberán de tomar las medidas correctivas necesarias, que se desprenden de esta evaluación de desempeño. A su vez mostró flaquezas en la formación del recurso humano de la red en áreas de gestión de servicios de salud y APS, con ausencia de equipos de salud necesarios en éste nivel de atención, lo que atenta contra la equidad en el acceso a los servicios que brinda la red. En cuanto a los sistemas de información se mostró una accesibilidad restringida y una ausencia de historias clínicas únicas, empobreciendo el desempeño de los procesos de la red.

Conclusiones

Al aplicar el Procedimiento para medir el desempeño de la red de efectores públicos de salud del PNA se comprobó que con la herramienta propuesta y siguiendo los pasos que enuncia el Procedimiento, se pudieron realizar los cálculos para medir de forma confiable el nivel de desempeño de la red. Además, se mostró la flexibilidad del mismo para realizar un análisis profundo de la red por sector y componentes, lo que ofrece elementos para implementar acciones encaminadas a resolver las deficiencias encontradas. En ese sentido la evaluación del desempeño de la red de efectores público, medido a través de la HERSS, mostró una red sanitaria que aún no ha logrado en su estructura, procesos y/o resultados satisfacer plenamente los estándares definidos por OPS para las Redes. 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, los resultados prácticos aún no han sido evidenciados por los trabajadores, y menos aún esos lineamientos político-sanitarios se concretaron en acciones palpables para los usuarios de los servicios. Una de las debilidades mayores está dada en

la escasa participación de los trabajadores y la nula participación de los usuarios en las definiciones políticas de la red, lo que entre otras cosas impide un trabajo intersectorial más que necesario en éste tipo de estrategias. Otro rasgo importante a destacar es que si bien la Dirección busca desarrollar e impulsar sistemas integrados de información, los trabajadores no los conocen a todos, y a aquellos sistemas que sí identifican, no todos acceden a los datos que circulan por ellos. Particular mención lleva la historia clínica la cual existe en formato papel y en algunos efectores en formato digital. En ella no todos los trabajadores registran sus acciones del cuidado realizado a los usuarios, a lo que se agrega que cada usuario tiene una historia clínica en cada efector al que concurre, con el aditivo que no hay conexión entre los datos que cada una de las diferentes historias clínicas contiene. Otro punto que denota debilidad en el desempeño, y lleva a inequidades en el acceso a las prestaciones es la falta de un Equipo Básico de Salud. La Organización Panamericana de la Salud plantea que “el equipo de atención primaria de salud se refiere al grupo de profesionales que brindan servicios de salud en la comunidad en puntos “primarios” o de primer contacto entre la población y el sistema de entrega de atención de la salud. Los miembros de los equipos de atención primaria de salud pueden variar y generalmente reflejan las necesidades de salud particulares de la comunidad local que atienden”^{xxviii}, pero la propuesta va más allá, refiriendo en la Meta 4 (RRHH-OPS) que la razón de Enfermeras (Profesionales) en relación con los médicos será al menos 1:1 en los países de la región, explicitando que “en el contexto de APS el número de enfermeras (Profesionales) debe ser perceptiblemente mayor que el número de médicos”^{xxix}. Estos últimos aspectos, equipo de salud y enfermería como un integrante clave, parecen ser indicadores de un problema mayor que se evidencia en el estudio, que la prestación de servicios sigue siendo médica y basada en la demanda espontánea de la población. Los protocolos suponen atención por programa y multidisciplinaria, esta se muestra como la gran dificultad a sortear para conformar un modelo diferente de atención a la salud.

Referencias bibliográficas

- ⁱ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. [Internet]. 2014. p. 30. Disponible en: <http://www.paho.org/uexchange/index.php/es/uexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file> [consulta: 9 ene 2016].
- ⁱⁱ Sbárbaro 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: 12 set 2017].
- ⁱⁱⁱ Sbárbaro 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: 12 set 2017].
- ^{iv} Sbárbaro 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: 12 set 2017].
- ^v Sbárbaro 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: 12 set 2017].
- ^{vi} Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Recursos Humanos SNIS. Equipos de salud del primer nivel de atención. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf [consulta: 16 feb 2017].
- ^{vii} Ibid. p. 3.
- ^{viii} Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategia para el desarrollo de los equipos de APS. [Internet]. 2008. p. 13. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf [consulta: 10 dic 2016].
- ^{ix} Organización Panamericana de la Salud. Línea basal para la medición de las 20 metas regionales para recursos humanos 2007-2015. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6700&Itemid=3502&lang=es [consulta: 21 feb 2017].
- ^x Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Asesora de Enfermería. Estándares para servicios de enfermería: efectores del primer nivel de atención. En su: Normativa de Enfermería para el SNIS. Montevideo: Mosca; 2010. p. 47 – 69.

-
- ^{xi} Profesión de Enfermería. Ley 18815 de 30 de setiembre de 2011. Artículo IV. De las funciones de los licenciados en enfermería. Lit. b y c. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6692515.htm> [consulta: 10 ene 2017].
- ^{xii} Capote Mir R. Nociones de muestreo e inferencia estadística. En su: Método estadístico. La Habana: Ed. In Press; 2000. p. 48 – 74. En prensa.
- ^{xiii} Silva Ayçaguer LC. Reflexiones crítica sobre la práctica muestral contemporánea. En su: Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2000. En prensa.
- ^{xiv} Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CD53/5. [Internet]. 2014. p. 9. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=8811%3Adc-documents&Itemid=41062&lang=es [consulta: 21 feb 2017].
- ^{xv} Jaramillo M. La importancia de las guías de práctica médica. Rev Acta Médica Colombiana [Internet] 2014; 39 (1): 12-4. Disponible en: <http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/descargas/revista/2014-26/26.pdf> [consulta: 25 feb 2017].
- ^{xvi} Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Recursos Humanos del SNIS. Equipos de salud del primer nivel de atención. [Internet]. 2014. p. 2. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf [consulta: 16 feb 2017].
- ^{xvii} Villar H. Producción social de servicios de atención a la salud. En su: Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012. p. 89-242.
- ^{xviii} 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. 45. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf [consulta: 10 jul 2015].
- ^{xix} Carrillo Franco Y, López L. Participación social en salud en la atención primaria en Bogotá: voces de mujeres. Rev. Gerenc Polit Salud [Internet] 2014; 13(26): 144-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n26/v13n26a11.pdf> [consulta: 21 ene 2017].
- ^{xx} Güemes A. La participación social a través de la atención primaria en salud. Rev Monitor Estratégico [Internet] 2014; (6): 22-8. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/5.La-participacion-social-a-traves-de-la-atencion.pdf> [consulta: 1º ene 2016].
- ^{xxi} 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. 45. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-redes_integradas_servicios_salud-conceptos.pdf [consulta: 10 jul 2015].
- ^{xxii} Castell-Florit Serrate P. La salud pública y su carácter integrador. En su: La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2007. p. 1-13.
- ^{xxiii} López Puig P, Morales Suárez I, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas S.
Revista Uruguaya de Enfermería
Montevideo, noviembre 2017, Vol 12, N° 2. ISSN On line: 2301-0371

DEBATE. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Rev. Cubana de Salud Pública [serie en Internet] 2009. [consulta: 10 nov 2015]. 35(4): 34 - 43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005

^{xxiv} Prado Solar L A, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet] 2014; 36(6): 835-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es [consulta: 25 feb 2017].

^{xxv} López Puig P, García Milian, AJ, Segredo Pérez AM, Alonso Carbonell L, Santana Felipe A. Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. Rev. Cubana de Salud Pública [Internet] 2014; 40(4): 249-62. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n4/spu02414.pdf> [consulta: 10 nov 2015].

^{xxvi} López Puig P, Morales Suárez I, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas S. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Rev. Cubana de Salud Pública [Internet] 2009; 35(4): 34-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005 [consulta: 10 nov 2015].

^{xxvii} Villalba R. Calidad en la Atención Primaria de la Salud. Rev. Enfermería Global [Internet] 2007; (10): 1-15. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/199/168> [consulta: 21 nov 2015].

^{xxviii} Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo: indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud, un compromiso compartido. Washington: OPS; 2011. p. 7.

^{xxix} Ibid. p. 12.