



**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Departamento de Administración**

**DESEMPEÑO DE LAS POLICLÍNICAS FRONTERIZAS PÚBLICAS, DESDE LA  
PERSPECTIVA DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS.**

Autores

Br. Eroza Bessón , Victoria Libertad C.I: 4.550.598-8

Br.Fernández Rodríguez, Claudia Andrea CI: 4.578.112-8

Br.Garcia Nuñez, Stefani Elizabeth C.I: 5.035.013-6

Br.Rivero Rodríguez, Fiorella Paola C.I: 4.668.878-3

Tutor: Prof. DrC. Milton Sbarbaro

Cotutor: Prof. Asist. Lic. Josefina Larrosa

Rocha, Uruguay 2023.

## **Resumen**

El informe de investigación tiene como objetivo general evaluar el desempeño de la Red Atención Primaria de ASSE en policlínicas fronterizas del departamento de Rocha durante el periodo 2022-2023. Los objetivos específicos incluyen la evaluación de la perspectiva de directivos, trabajadores de la salud y usuarios. El estudio es cuantitativo y descriptivo, con un universo que abarca directivos, trabajadores y usuarios mayores de 20 años con Diabetes Mellitus tipo 2 en las policlínicas de Chuy, Barra del Chuy y 18 de Julio.

Se utiliza la herramienta HERSS para realizar la evaluación de la red sanitaria, analizando el desempeño global y por componente de la misma.

Los resultados revelan un índice de desempeño global de la red bajo, señalando deficiencias en el modelo asistencial, como el no cumplimiento de protocolos existentes y carencias en la atención clínica. Se destaca la discrepancia entre las percepciones de usuarios, equipo de salud y directivos. Se identifican áreas de mejora en la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, así como en la participación social y la asignación de incentivos financieros.

En conclusión, la investigación evidenció la necesidad de abordar deficiencias en la gestión, organización y desempeño de las policlínicas fronterizas, proponiendo mejoras en el modelo asistencial y la participación de actores clave en la toma de decisiones.

Al realizar la investigación se presentó como dificultad, en las diferentes policlínicas, la ausencia de georreferenciación por patología, dato que destacamos no afectó significativamente los resultados obtenidos.

## Siglas

ASSE- Administración de Servicios de Salud del Estado.

APS- Atención Primaria en Salud.

CURE- Centro Universitario Región Este.

DMT2- Diabetes Mellitus de Tipo 2.

ENT- Enfermedad No Transmisibles.

FONASA- Fondo Nacional de Salud.

HERSS- Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud.

INE- Instituto Nacional de Estadística.

MSP- Ministerio de Salud Pública.

OMS- Organización Mundial de la Salud.

OPS- Organización Panamericana de la Salud.

PNA- Primer Nivel de Atención.

RISS- Redes Integradas de Servicio de Salud.

RAP- Red de Atención Primaria.

SNIS- Sistema Nacional Integrado de Salud.

TFI- Trabajo Final de Investigación.

UDELAR- Universidad de la República.

URSS- Unión de República Socialista Soviética.

## Índice

<b>1.0</b> Introducción.....	Pág. 6
<b>2.0</b> Objetivos de la investigación.....	Pág. 8
<b>2.1</b> Objetivo General	
<b>2.2</b> Objetivo Específico	
<b>3.0</b> Antecedentes.....	Pág. 9
<b>4.0</b> Fundamentación.....	Pág. 15
<b>5.0</b> Marco Contextual.....	Pág. 17
<b>5.1</b> Red de Atención Primaria (RAP) - Rocha	
<b>5.1.1</b> Policlínicas Dependientes de la RAP Rocha	
<b>5.1.2</b> Policlínicas de la Intendencia Municipal de Rocha gestionadas por ASSE	
<b>5.2</b> Mapa Político de Rocha	
<b>5.3</b> Localización de Policlínica Puimayen - Barra del Chuy	
<b>5.4</b> Localización de Policlínica Pueblo 18 de Julio	
<b>5.5</b> Localización de Policlínica Barrio Samuel Prilliac - Chuy	
<b>6.0</b> Marco Teórico.....	Pág. 21
<b>6.1</b> Diabetes Mellitus	
<b>6.1.1</b> Tipos de Diabetes	
<b>6.2</b> Atención Primaria de Salud	
<b>6.3</b> Niveles de Atención	
<b>6.4</b> Sistema de Referencia y Contrarreferencia	
<b>6.5</b> Gestión de Calidad	
<b>7.0</b> Metodología.....	Pág. 25
<b>7.1</b> Tipo de estudio	
<b>7.2</b> Universo	
<b>7.2.1</b> Criterios de exclusión	
<b>7.3</b> Unidad de Análisis	
<b>7.4</b> Instrumento de recolección de datos	
<b>7.5</b> Herramienta HERSS	
<b>8.0</b> Consideraciones éticas.....	Pág. 32
<b>9.0</b> Resultados .....	Pág. 33
<b>10.0</b> Discusión .....	Pág. 46
<b>11.0</b> Limitaciones del estudio ...	Pág. 56

<b>12.0</b> Conclusión .....	Pág. 57
<b>13.0</b> Referencias.....	Pág. 59
<b>14.0</b> Anexos .....	Pág. 63
<b>14.1</b> Anexo N°1	
<b>14.2</b> Anexo N°2	
<b>14.3</b> Anexo N°3	
<b>14.4</b> Anexo N°4	

## 1.0 Introducción

Este trabajo de investigación fue realizado por un grupo de cuatro estudiantes de la Universidad de la República (UDELAR), perteneciente a la carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería de la sede Centro Universitario Región Este (CURE) Rocha, correspondiente al cuarto ciclo, módulo II, Trabajo Final de Investigación (TFI). Dirigido a conocer el desempeño de una red de efectores públicos del Primer Nivel de Atención (PNA) en las localidades de 18 de Julio, Chuy y Barra del Chuy del departamento de Rocha. Se enmarcó en un estudio postdoctoral del profesor Dr C. Milton Sbarbaro, denominado *“Intervención en salud en efectores sanitarios públicos del PNA en zonas fronterizas Uruguay - Brasil”*.

Se planteó la siguiente pregunta problema para la realización de dicho estudio:

¿Cuál es el desempeño de las policlínicas fronterizas ubicadas en Chuy, Barra de Chuy y 18 de Julio en función a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)?

Pretendió analizar el desempeño de la Red de Atención Primaria en Salud de Rocha, particularmente de sus policlínicas en frontera, utilizando a la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) como enfermedad trazadora.

Según Sbarbaro.M (2017) en el artículo *“Procedimiento para evaluar el desempeño de redes públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay”*, destacó:

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 resolutoria del primer nivel mediante redes integradas de servicios de salud ” 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. (p55)<sup>1</sup>

En el Portal de Organización Panamericana de la Salud (OPS) se encuentra el documento en el cual se basó la investigación en conjunto con la herramienta para evaluar el desempeño de las redes en nuestro territorio; con el título "*Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*" (2010), destacamos:

El propósito de la Iniciativa de la OPS sobre redes integradas de prestación de servicios de salud (RISS) es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en APS y, por lo tanto, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes y de mayor calidad técnica, y que cumplan mejor las expectativas de las poblaciones.

La OPS considera a las RISS como una de las principales expresiones operativas de los sistemas de salud basados en APS a nivel de servicios de salud, ayudando a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, atención adecuada, organización y gestión óptimas, orientación familiar y comunitaria, y acción intersectorial, entre otros. (p. 16-17)<sup>2</sup>

Por lo citado anteriormente es que la utilización de la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS) para este estudio pudo aportar un antecedente de carácter científico al permitir analizar el desempeño de la red.

## **2.0 Objetivos de la investigación**

### **2.1 Objetivo General**

Evaluar el desempeño de la red desde la perspectiva de todos sus actores en policlínicas fronterizas situadas en Chuy, Barra de Chuy y 18 de Julio, del departamento de Rocha, pertenecientes a la Red Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) durante el periodo 2022- 2023.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Evaluar desde la perspectiva de los directivos el desempeño de la red.
- Evaluar desde la perspectiva del equipo de salud el desempeño de la red.
- Evaluar desde la perspectiva del usuario el desempeño de la red.



### 3.0 Antecedentes

La búsqueda bibliográfica previa fue orientada a encontrar artículos y bibliografía nacional sobre el desempeño de la red de atención ambulatoria en usuarios DMT2 mayores de 20 años. Se centró en el repositorio institucional de la Universidad de la República, Colibrí y en la Biblioteca Virtual en Salud, utilizando las palabras clave diabetes mellitus/ seguimiento/ desempeño/ gestión de cuidados, entre los años 2011-2022.

En dicha búsqueda de antecedentes fueron encontrados los siguientes estudios: en octubre del año 2019 en la ciudad de Rivera, estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la UDELAR, generación 2014 realizaron la tesis de grado denominada: *“Gestión de cuidados al usuario portador de Diabetes Mellitus Tipo 2, en Policlínicas Públicas”* de Br. Batista K. et al. (2019) afirmaron que:

Se realizó una investigación descriptiva, cuantitativa de corte transversal, cuyo objetivo fue describir la gestión de cuidados que recibe el usuario portador de DMT2, mayor de 20 años, desde su perspectiva, en las policlínicas de la Red de Atención Primaria (R.A.P), zona este, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Como resultados se identificaron carencias en los diferentes servicios a la hora de llevar a cabo el Programa Nacional de Diabetes ya que no se cuenta con una licenciada en enfermería encargada del mismo, ni disponibilidad de turnos con los especialistas (oftalmólogo, podólogo, cardiólogo, endocrinólogo,) para que los usuarios reciban una adecuada gestión de cuidados con la frecuencia que se estipula en la guía de práctica clínica (GPC) para la atención de usuarios portadores de DMT2 en el ámbito ambulatorio. (p. 4)<sup>3</sup>

En la ciudad de Montevideo el Lic. Esp. García S.G. (2022), destacó la siguiente investigación que llevó el título de *“Desempeño del modelo de Atención desde la mirada del*

*usuario de una red de efectores públicos” la cual se realizó a través de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y destacándose que: “Los resultados encontrados muestran Índices de Desempeño bajos para dos (de las tres) redes estudiadas y en la red perteneciente al Departamento de Montevideo Índices parcialmente alto.”(García, 2022, p. 4) <sup>4</sup>*

El trabajo realizado por los estudiantes Br. Barrero Miguel et al. (2019) en Montevideo, con el nombre “*Gestión del Cuidado a usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, en Policlínicas Públicas*” a través de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, buscó:

Conocer la percepción del usuario en cuanto a la gestión de su cuidado, en un Hospital Público, perteneciente a Administración de Servicios de Salud del Estado; integrante de la Red Sanitaria que aborda el cuidado de los usuarios de Diabetes Mellitus Tipo 2. Dicha Estrategia de Red, es la elegida tanto por la Organización Panamericana de la Salud, como por nuestro gobierno, para disminuir las inequidades y fragmentación apostando a elevar la calidad en la atención de salud.

Se utilizó la Herramienta para Evaluar Redes de Servicios de Salud, creada para la medición de desempeño de Redes de Salud.

Se abordó el componente de Modelo Asistencial, compuesto por las dimensiones de accesibilidad a servicios de salud, conocimiento del usuario sobre su patología y derechos, comunicación entre los diferentes niveles de atención; interacción con el equipo asistencial, comunicación, respeto de creencias y género, involucramiento y capacitación de su familia.

La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, transversal.

El universo fue conformado por todos los usuarios portadores de Diabetes tipo 2, de dicho servicio. Se trabajó con una muestra de 122 usuarios aleatorios. Para la

recolección de datos se utilizó un cuestionario que forma parte del procedimiento mencionado, los mismos fueron ingresados a una hoja de cálculo para su análisis.

En el análisis se identificó un bajo índice de desempeño dentro del componente Modelo Asistencial, donde se destaca desde la perspectiva del usuario las dificultades de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del sistema sanitario.

En cuanto a nuestras conclusiones destacamos que desde la percepción del usuario el funcionamiento del servicio abordado, dista de los estándares de calidad establecidos a nivel de los organismos tanto internacionales como nacionales que delinean las políticas sanitarias. Sintiendo resentida su atención sanitaria y vulnerados sus derechos en tanto, no se ha logrado modificar la fragmentación ni las iniquidades para los cuales el Sistema de Redes fue creado. (p. 4) <sup>5</sup>

Otro antecedente de investigación a destacar fue realizado por estudiantes de Melo, Cerro Largo de la Facultad de Enfermería, Br. Arguello C et al. (2022), con el nombre de *“Desempeño del modelo de Atención desde la mirada del usuario de una red de efectores públicos”*, donde se evidenció que:

La realidad en cuanto al desempeño de una red integrada de los servicios de salud, del Primer Nivel de atención de Cerro Largo, en las Localidades de Noblía, Aceguá y Río Branco desde la mirada de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, en Frontera Uruguay/Brasil.

Para realizar esta investigación se aplicó la Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud (HERSS), como procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud, del primer nivel de atención, en el contexto uruguayo, creada para la medición de desempeño de redes de

salud. Esta consiste en realizar un cuestionario a los usuarios, con un enfoque en garantía de calidad.

Se abordó el componente de Modelo Asistencial, compuesto por las dimensiones: población y territorio cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades, extensa red de establecimientos de salud, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, mecanismo de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios, atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

La metodología utilizada en la investigación fue cuantitativa de tipo descriptivo, transversal.

El universo fue conformado por todos los usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), de las Policlínicas de Noblía, Aceguá y Río Branco.

El desempeño de la red de salud que valoramos es parcialmente alto (0,55 %), lo que significa que la red de servicios ha logrado niveles de calidad aceptables en el componente explorado, en su estructura, proceso y/o resultados, para satisfacer en parte las necesidades de los usuarios. (p. 3-4) <sup>6</sup>

En el siguiente artículo realizado por estudiantes de enfermería de Río de Janeiro nombrado como “*Formación y práctica de enfermeros para la Atención Primaria de Salud - avances, desafíos y estrategias para el fortalecimiento del Sistema Único de Salud*”, Thumé E. et al (2018) se destacó que:

Para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030, la inversión en recursos humanos para la salud es uno de los componentes esenciales. Sin embargo, la formación de estos recursos requiere un equilibrio entre la oferta, la demanda y la capacidad de los profesionales para satisfacer las necesidades de atención de la salud. La Atención Primaria de Salud (APS) es la estrategia apoyada internacionalmente

como elemento central y guía de políticas que fortalecen el sistema de salud. Al celebrar los 40 años de Alma Ata y los 30 años del Sistema Único de Salud, este artículo revisó la historia reciente y destacó al profesional enfermero con un papel central en la consolidación de la APS, especialmente por su potencial innovador, creativo y versátil. Los elementos aquí explorados son resultado de los debates realizados por la Red de Investigación en APS y refuerzan la importancia de construir una agenda política estratégica frente a los desafíos presentes en el escenario nacional e internacional, reafirmando la defensa de la salud y la educación pública. Organizado en tres ejes, el texto aborda la expansión de la enfermería en las últimas décadas, la inversión en la ampliación de las escuelas de formación de enfermeros y finaliza con los desafíos de las prácticas de enfermería enfocadas en la APS y las posibles estrategias de enfrentamiento y mejora, para garantizar un futuro ya presente en el cuidado de las personas y las poblaciones.

Después de cuatro décadas de la Alma Ata y tres décadas desde la promulgación de la Constitución brasileña, es importante analizar la situación actual y las perspectivas en capacitar a los trabajadores de la salud para satisfacer las nuevas demandas que surgen de los cambios demográficos y el perfil de morbilidad y mortalidad de la población.

Las prioridades del siglo XXI requieren un equilibrio entre la oferta y la capacidad de los profesionales para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud actual y futuro. El desajuste entre el número de trabajadores en servicios de salud necesarios para proporcionar servicios esenciales (necesidad), la disponibilidad de profesionales de la salud (oferta) y la capacidad de los países para emplearlos (demanda) es un obstáculo importante para mejorar el desempeño y la eficiencia de los servicios y sistemas de salud.

La enfermería es una de las profesiones del área de la salud con papel central para la consolidación de la Atención Primaria de Salud (APS), sobre todo por lo innovador, creativo y versátil para profesionales. Cambios en las pautas curriculares implementadas en los cursos de enfermería están destinados a formar profesionales con el objetivo de contribuir a la implementación de principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS). La profesión, con crecimiento exponencial en la última década, ha sumado conocimientos, habilidades y actitudes para trabajar en áreas como atención, gestión, docencia, investigación y el control social, aumentando así la responsabilidad de los profesionales frente a la sociedad. (p.275-276)<sup>7</sup>

#### **4.0 Fundamentación**

El desarrollo de esta investigación, llevada a cabo para evaluar el desempeño de las redes sanitarias, tiene como finalidad aportar a la mejora de los cuidados brindados a las personas en el territorio nacional. Como elemento central se toma el desempeño de las policlínicas públicas ubicadas en la frontera del departamento de Rocha con Brasil, desde la perspectiva de los actores involucrados. Como actores se tomaron en cuenta directivos, trabajadores y usuarios portadores de DMT2, tomada esta, como enfermedad trazadora.

La iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud en el año 2010, hizo hincapié en un cambio a nivel global, continental y regional, sobre todo para quienes se adhirieron a este modelo de atención sanitaria basado en la Atención Primaria de Salud (APS). El cual fomenta la unión de los sistemas de salud y el abordaje con sus poblaciones más equitativo, eficiente e integral, realizando la gestión del cuidado según las necesidades, intereses y problemas que allí predominan.

Basándose la RISS en cuatro componentes esenciales para el abordaje en salud de cualquier efector: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión, y asignación e incentivos.

En Uruguay se desarrolló la Herramienta para Evaluar el Desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud (HERSS) que permite evaluar el desempeño de las redes de efectores sanitarios públicos del PNA.

Se deja expuesto el criterio de la enfermedad trazadora (DMT2), para que se tenga en cuenta en esta investigación la forma en que fue utilizada, no siendo ésta el foco de investigación.

Según Sbarbaro Romero M. (2017) el modelo sanitario de Uruguay se encuentra orientado hacia un sistema basado en redes, que estimula la atención a las enfermedades no

transmisibles (ENT). Si tomamos como marco de referencia los criterios propuestos por Kessner D. para una enfermedad trazadora; en primer lugar se utiliza el criterio de prevalencia territorial (“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”<sup>8</sup>, según datos surgidos de la 2da. encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2013), en segundo lugar 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, el tercer criterio plantea que se deben obtener datos confiables en una población limitada, y el cuarto criterio refiere a que el proceso de la enfermedad varía con la utilización de la atención médica, como en el caso de la DMT2. Las guías clínicas que existen en Uruguay, están enfocadas a una atención sanitaria que prevenga las complicaciones, promueva hábitos saludables hacia la rehabilitación, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, prevenir las complicaciones y reducir la mortalidad. Por último su análisis en cuánto a cuidados, tratamiento e impacto, permite visualizar el desempeño de la red sanitaria. Estas razones permiten definir a la DMT2 como trazadora para evaluar el desempeño de la red sanitaria de efectores públicos del PNA en el contexto uruguayo. (p 27-28)<sup>1</sup>.



## **5.0 Marco Contextual**

Uruguay está transitando hacia un sistema de salud más equitativo, integrado, menos fragmentado, con una propuesta de enfoque de derechos, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud se ha promovido un proceso de reforma orientada en tres grandes ejes; cambio en modelo de gestión, financiación y atención.

La unidad ejecutora responsable es RAP-ASSE, una unidad ejecutora de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), responsable de la atención a la salud en el Primer Nivel, debe señalarse aquí rasgos relevantes del perfil institucional de ASSE, que también caracterizan a su Red de Atención Primaria. A partir de la reforma iniciada en el año 2005, ASSE se configuró en un organismo descentralizado, empresa pública prestadora de servicios de salud perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud. A la vez, por el mandato constitucional de que el Estado debe asegurar la atención a la salud de las personas en situación de indigencia, constituye el brazo operativo estatal para dar cobertura en salud a todas las personas en situación de exclusión social.<sup>9</sup>

### **5.1 Red de Atención Primaria (RAP) - Rocha**

La Red de Atención Primaria de ASSE cuenta con una directora y una adjunta. Su oficina central se encuentra ubicada en la ciudad de Rocha, en la dirección calle 18 de Julio N°1960 esquina Rincón.

La estructura organizativa de RAP Rocha cuenta con una jefa directora departamental. En cuanto a nivel jerárquico de cada policlínica no hay cargos dispuestos, sino que existen referentes para cada una de ellas, los mismos son el nexo entre la dirección departamental y los efectores. La policlínica ubicada en el Pueblo 18 de Julio cuenta con una Lic. Enf. supervisora de la zona.

Continuando con la estructura organizacional, encontramos profesionales que hacen parte del cuidado de usuarios portadores de DMT2, pero estos no son de uso exclusivo para

dichos usuarios, sino que son compartidos con todos los usuarios de cada policlínica. La policlínica de Chuy cuenta con dos Doctores en Medicina Gral. y una Aux. de Enfermería, en la Policlínica de Puimayen un Doctor en Medicina Gral., un médico Odontólogo y tres Aux. de Enfermería y en la policlínica de 18 de Julio una Dra. en Medicina Gral. y dos Aux. de Enfermería.

### ***5.1.1 Policlínicas Dependientes de RAP Rocha***

Las policlínicas bajo la dependencia de RAP Rocha se encuentran ubicadas las distintas localidades del departamento como ser; policlínica La Paloma; ubicada sobre calle La Paloma s/n, la misma integra "Plan Verano" (es un aumento del 30 % de personal y recursos, para garantizar una buena atención en las policlínicas a causa del incremento de la población turística), policlínica Cebollatí; ubicada en San Miguel s/n, policlínica Velázquez; ubicada en calle C I 13 s/n, policlínica de San Luis; ubicada en camino Paso de la Balsa, policlínica La Coronilla; ubicada en Leopoldo Fernández s/n, policlínica Punta del Diablo; ubicada en playa de la Viuda la cual integra "Plan Verano", policlínica 18 de Julio; ubicada sobre calle Artesanos de la Piedra, policlínica 19 de Abril; ubicada a dos cuadras de la comisaría y a una de ruta 9 y enfermería de Cabo Polonio, ubicada en la terminal la cual integra "Plan Verano".

### ***5.1.2 Policlínicas de la Intendencia Municipal de Rocha Gestionadas por ASSE***

Policlínica Barra de Valizas, ubicada en calle Aladino Veiga s/n, también integra "Plan Verano", policlínica Aguas Dulces; ubicada en Avda. Central M1 S2, policlínica Samuel Prilliac (Chuy); ubicada en Barrio Samuel, policlínica Barrio Florinda (Castillos); ubicada sobre Calle India Muerta s/n, policlínica Puimayen (Barra del Chuy); ubicada en Parada 15, policlínica Barrio Parque (La Paloma); ubicada en barrio Los Pescadores, policlínica La Pedrera; ubicada en calle Pirincho esquina Golondrina, policlínica Lauro Cruz

Goyenla (Rocha); ubicada en Barrio Lavalleja Pantealón Artigas casi Agraciada, policlínica Barrio Belvedere (Rocha); ubicada en el Centro Comunal, policlínica El Ombú (Rocha); ubicada en Avda. 1º de Agosto y Jose Ellauri, policlínica Barrio Hipódromo (Rocha), ubicada Avda. del Hipódromo, policlínica Barrio España (Rocha); ubicada en Calle Pagola (local provisorio).<sup>10</sup>

## 5.2 Mapa Político de Rocha (georeferenciación de policlínicas)

En el mapa a continuación se encuentra la georeferenciación de las policlínicas que se abordaron en esta investigación, las mismas fueron; en azul - Policlínica 18 de Julio, en violeta - Policlínica Samuel Prilliac en Chuy, en naranja - Policlínica Puimayen en Barra del Chuy, ubicándose las tres en la frontera del departamento de Rocha con Brasil.



## 5.3 Localización de Policlínica Puimayen - Barra del Chuy

Se destaca en el siguiente mapa la ubicación de la Policlínica Puimayen en el balneario Barra del Chuy en Parada 15, abarcando la



población que lo habita de 370 personas según la encuesta de 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE).

#### 5.4 Localización de Policlínica Pueblo 18 de Julio

Se destaca en el siguiente mapa la ubicación de la Policlínica 18 de Julio en calle Artesanos de la Piedra, localidad sobre ruta 19 Horacio Arredondo,



abarcando la población que la habita de 977 personas según la encuesta de 2011 del INE.

#### 5.5 Localización de Policlínica Barrio Samuel Prilliac - Chuy

Se destaca en el siguiente mapa la ubicación de la Policlínica Samuel Prilliac en plaza barrial Samuel Prilliac por calle Wilson Ferreira Aldunate esquina Ipiranga en la ciudad de Chuy frontera seca con



Chuy, Brasil. La misma abarca la población que la habita de 9675 personas según la encuesta de 2011 del INE, la policlínica georreferencia un porcentaje de la población total, compartida con los centros de 2do nivel de atención de ASSE.

## 6.0 Marco Teórico

Dentro del área sanitaria, según Ayala, et al. (2014) en el libro *“Gestión del Cuidado Asuntos Críticos, Teóricos y Metodológicos”* se puede identificar la macrogestión de los servicios de salud, donde el estado interviene con políticas y estrategias que deberían ser tendientes a disminuir las inequidades, apuntando siempre al alcance de estándares de calidad.

Y la microgestión o gestión clínica, que pretende restaurar los niveles de salud de los usuarios de forma directa, con un abordaje de equipo multidisciplinario.

Ayala, et al. (2014) definen la Gestión del Cuidado como; *“la capacidad profesional e institucional para proporcionar a las personas los requerimientos tendientes al logro de niveles crecientes de cuidado personal y familiar que acompañan las necesidades del proceso salud- enfermedad, sustituyendo, compensando o fortaleciendo las capacidades del sujeto”* (p.140).<sup>11</sup>

### 6.1 Diabetes Mellitus

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) , la Diabetes Mellitus es un proceso crónico compuesto por un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de alta prevalencia, que precisa de una atención integral, pluridisciplinaria y cuidados sanitarios continuados durante la vida del individuo.<sup>12</sup>

El abordaje de la diabetes requiere una amplia gama de habilidades del profesional de enfermería como la comunicación, el asesoramiento y la enseñanza.

#### 6.1.1 Tipos de Diabetes

Según el Consejo General de Enfermería (2010):

La Diabetes Mellitus (D.M.) Tipo 1 se caracteriza, precisamente, por la ausencia de producción y secreción de insulina, debido a una destrucción autoinmunitaria de las células

beta de los islotes de Langerhans del páncreas e inicio brusco (en las primeras etapas de la vida), es raro que haya antecedentes familiares. Aunque la dieta y el ejercicio juegan un papel importante en el tratamiento, la insulina es indispensable. La complicación aguda más frecuente es la cetosis.

La D.M. Tipo 2 se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y por una disminución en la acción de la misma. De inicio insidioso (comúnmente a partir de los 30 años), es frecuente que haya antecedentes personales, y su tratamiento es compatible con dieta, ejercicio, antidiabéticos orales y/o insulina. La complicación aguda más usual es el coma hiperosmolar no cetósico. El tipo 2 es una de las patologías con mayor prevalencia y uno de los principales motivos de consulta en atención primaria.<sup>13</sup>

## **6.2 Atención Primaria de Salud (APS)**

La APS fue definida por la OPS (1978) en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Realizada en la ciudad de Alma-Ata, Unión de República Socialista Soviética (URSS) como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (p.1)<sup>14</sup>

## **6.3 Nivel de Atención**

Según el Dr. Vignolo Julio. et al. (2011) define niveles de atención como:

Una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (p.12) <sup>15</sup>

#### **6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia**

Según el Dr. Vignolo Julio. et al. (2011) menciona que:

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para que esto se pueda dar debe existir una continuidad o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario. (p.12) <sup>15</sup>

## **6.5 Gestión de calidad**

Según Diego Ayuso Murillo, et al. (2018) describe que:

La calidad asistencial es uno de los elementos clave a desarrollar por los equipos directivos y por los profesionales sanitarios, con el objetivo de mejorar continuamente la práctica asistencial que realizamos y conseguir la mayor satisfacción del paciente y su familia. En la actualidad, es una prioridad mejorar la gestión de la asistencia sanitaria con el objetivo de alcanzar una mayor calidad en los cuidados que prestamos. La mejora de la calidad es considerada hoy una variable estratégica por la mayoría de empresas, instituciones públicas y organizaciones en general.

Los servicios de salud y sus profesionales tienen además una responsabilidad por la naturaleza misma del servicio que prestan, donde la calidad de los cuidados es una exigencia ética. La seguridad de los pacientes es una de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial, ya que por su transversalidad afecta a la totalidad de la organización y de sus miembros. En los últimos años ha alcanzado gran relevancia, siendo uno de los aspectos clínicos y profesionales que más apoyo institucional y profesional ha tenido.

El rol de la enfermería en la seguridad de los pacientes es fundamental, ya que en la mayoría de las estrategias y evaluaciones se contemplan indicadores y actuaciones que inciden directamente en los cuidados de enfermería. (p.10) <sup>16</sup>



## **7.0 Metodología**

### **7.1 Tipo de estudio**

En este estudio de investigación se utilizó un tipo de estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

### **7.2 Universo**

Se utilizó un universo compuesto por directivos de la RAP Rocha y sus efectores, un equipo de salud a nivel operativo incluidos en la Guía Práctica Clínica (GPC) de ASSE para el cuidado de los usuarios portadores de DMT2 , y usuarios mayores de 20 años portadores de DMT2 pertenecientes a las policlínicas de Chuy, Barra del Chuy y 18 de Julio, de la RAP-Rocha.

#### ***7.2.1 Criterios de exclusión***

- Directivos, equipo de salud y usuarios que se negaron a participar del estudio.
- Personal con licencia prolongada
- Personas con discapacidad/ trastornos en la comunicación que no pudieron comprender el cuestionario.

### **7.3 Unidad de análisis**

Las unidades de análisis fueron los directivos y equipo de salud a nivel operativo en actividad de ASSE, y usuarios mayores de 20 años portadores de DM Tipo 2 pertenecientes a las policlínicas de la RAP - ASSE de la frontera de Rocha.

### **7.4 Instrumento de recolección de datos**

Se realizó a través de la aplicación del procedimiento para evaluar el desempeño de las redes sanitarias públicas que conforman el Primer Nivel de Atención. La herramienta HEERS desarrollada por el Drc. M. Sbarbaro a usuarios, equipo de salud y directivos.

Para exponer los resultados de esta investigación se realizó un análisis de desempeño de la red, global, por sector y componente, obteniendo resultados altos,

parcialmente altos y bajos, que varían de 0 a 1, correspondiente para alto mayor a 0.80 y color verde; esto refleja que se ha logrado niveles de calidad aceptables en el componente explorado, en su estructura, procesos y/o resultados. Parcialmente alto: toma valores entre 0.50 y 0.80 y color amarillo; esto demuestra que se ha logrado niveles de calidad aceptable en el componente explorado, en su estructura, procesos y/o resultados. Bajo: toma valores menores a 0.50 esto demuestra que no se ha logrado niveles de calidad aceptables en el componente explorado, en su estructura, procesos y/o resultados.

## **7.5 Herramienta HERSS**

Este instrumento es parte del procedimiento diseñado para evaluar el desempeño de las redes sanitarias públicas, culminando con la identificación de los puntos críticos que influyen en el desempeño y afectan en el acceso de los usuarios a los servicios brindados por la red.

Esta herramienta brindó un análisis del desempeño, lo que nos permitió evaluar globalmente a la gestión de la red y en forma particular desde las perspectivas de cada uno de los actores (usuarios, directivos y equipo de salud).

En el artículo de la Revista Uruguaya de Enfermería “*Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas*” de Sbarbaro M (2017) define que:

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 subdividen en variables simples para diseñar la herramienta adecuada al contexto uruguayo.

**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 contrarreferencia.

**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.

**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.” 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.

**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.

**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. (p.24-27)<sup>1</sup>

## **8.0 Consideraciones éticas**

Para proteger a los sujetos de investigación que participaron en el presente trabajo, el mismo se basó en el Decreto 158/019 Comisión Nacional de Ética en Investigación, aprobado el 3 de Junio año 2019 que considera:

.. el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, que asigna especial importancia a las actividades de investigación en seres humanos, cuya regulación compete al Ministerio de Salud Pública, especialmente respecto de los aspectos vinculados a la protección de la salud y dignidad de las personas que voluntariamente participan en ella como sujetos de la misma. <sup>17</sup>

Este informe fue avalado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

Siguiendo la misma normativa los sujetos que firmaron el consentimiento aceptaron los términos legales según el decreto N° 64/020 17/02/2020 Ley de Protección de Datos Personales de los artículos 37 a 40 de la Ley N° 19.67, además se obtuvieron autorizaciones de ASSE central como de la RAP Rocha para ingresar a dichas instalaciones.



## 9.0 Resultados

Para realizar esta investigación y según lo planificado en el protocolo de la misma, se comenzó con el trabajo de campo realizando las entrevistas a los actores involucrados (directivos, equipo de salud y usuarios); en el periodo comprendido entre junio del año 2022 y abril del año 2023, tomando los últimos cuatro meses de este periodo para abarcar a los usuarios en su totalidad.

Dichas entrevistas se realizaron con el apoyo de los directivos y trabajadores referentes de cada policlínica, los cuales brindaron información relevante y útil para contactar con los usuarios. También se utilizó el sistema de farmacia (farmaweb) para realizar la lista de usuarios portadores de DMT2 según el retiro de hipoglucemiantes orales y la hoja de enfermería de tareas diarias realizadas donde consta registro de los usuarios que se realizan control de glucemia capilar. Para contactar a los usuarios se planteó llamarlos en tres oportunidades hasta lograr comunicación, de no lograr la misma, se concurrió a su domicilio en dos oportunidades.

Con las estrategias nombradas anteriormente se logró contactar un 76% del universo: 100% de directivos (5), 100% de trabajadores de la salud (11) y el 67% de usuarios (39). De los 19 usuarios faltantes las razones por las cuales no se lograron las entrevistas fueron; se negaron (7), se encontraba fuera del territorio (1) y no se logró comunicación (vía telefónica) ni se localizó en su domicilio (11).

Luego de cuantificar los datos de las entrevistas por discriminación de actores (usuarios, equipo de salud y directivos) de las interrogantes que integran los diferentes componentes, y frente a los resultados obtenidos de los índices de desempeño de la red; índice de desempeño por componente de la red (IDCR) e índice de desempeño por sector de la red (IDSR) elegimos los datos más significativos para nuestra

investigación y se realizó la comparación con las normativas vigentes, los antecedentes encontrados y el marco teórico propuesto.

**Tabla 1. Análisis del desempeño de la red global, por sector y componente**

ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA RED, GLOBAL, POR SECTOR Y COMPONENTE				
COMPONENTES	SECCIONES			DESEMPEÑOS GLOBALES
	USUARIOS	EQUIPO DE SALUD	DIRECTIVOS	
MODELO ASISTENCIAL	IDCR= 0,36 <b>BAJO</b>	IDCR= 0,57 <b>PALTO</b>	IDCR= 0,59 <b>PALTO</b>	IDGCR= 0,40 <b>BAJO</b>
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	IDCR= 0,08 <b>BAJO</b>	IDCR= 0,38 <b>BAJO</b>	IDCR= 0,54 <b>PALTO</b>	IDGCR= 0,27 <b>BAJO</b>
ORGANIZACION Y GESTION	***	***	***	***
FINANCIAMIENTO	***	***	IDCR= 0,38 <b>BAJO</b>	IDGCR= 0,24 <b>BAJO</b>
DESEMPEÑO POR SECCIÓN	IDSR= 0,42 <b>BAJO</b>	IDSR= 0,46 <b>BAJO</b>	IDSR= 0,55 <b>PALTO</b>	IDGR= 0,48 <b>BAJO</b>

En la presente tabla se visualizan todos los componentes y secciones, así como los índices de desempeño de la red analizados, resaltando los colores rojo y amarillo correspondientes a índices bajos y parcialmente altos.

De la tabla general se desglosa el análisis por sección para estudiar en profundidad el índice de desempeño de la red.

**Tabla 2. Análisis del sector usuarios de la red**

ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA RED POR SECTOR	
COMPONENTES	SECCIONES
	USUARIOS
MODELO ASISTENCIAL	IDCR= 0,36 <b>BAJO</b>
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	IDCR= 0,08 <b>BAJO</b>
ORGANIZACION Y GESTION	***
FINANCIAMIENTO	***
DESEMPEÑO POR SECCIÓN	IDSR= 0,42 <b>BAJO</b>

Del índice de desempeño de la red por sector (usuarios), se desprendieron los índices de desempeño por componente de la red (IDCR), los cuales fueron un índice bajo de 0.36 para el componente modelo asistencial y para el componente gobernanza y estrategia un índice bajo de 0.08. El índice de desempeño por sector de la red (IDSR) fue de 0,42, siendo este, bajo.

Frente a lo anteriormente mencionado, se desprenden los resultados de las variables seleccionadas como relevantes para la investigación:

Con respecto al componente Modelo Asistencial el 100% de los usuarios conoce su centro asistencial de 1er nivel de atención de referencia.

Con relación a la dimensión de Población y Territorio a cargos definidos y amplio conocimiento de sus necesidades el 90% de los usuarios negaron haber sido encuestados en relación a la DM en la policlínica y el 10% restante no lo recordaban. Así mismo el 68% de los usuarios negaron haber sido encuestados en la zona de residencia por temas relacionados a la salud y el 22% no lo recordaba.

En relación a la dimensión de Extensa Red de Establecimientos de Salud se destacó que sólo el 5% de los usuarios encuestados afirmaron la existencia de un programa específico para la atención al usuario portador de DMT2, y de dicho porcentaje solo un 2% confirmó su participación.

En cuanto al conocimiento por parte de los usuarios sobre las consultas con especialistas, teniendo en cuenta la policlínica a la cual debe concurrir en el caso de necesitarlo, el 95% afirmó tenerlo claro. Sobre la geolocalización de los establecimientos asistenciales para los exámenes básicos de rayos X y laboratorio, el 93% afirmó conocer dónde concurrir, y con respecto al retiro de medicamentos y material de automonitoreo el 100% declaró saber dónde debía dirigirse.

Con respecto al tiempo de demora para consultas con el equipo de salud, el 80% afirmó no demorar en ser atendidos en más de 7 días, en cuanto a especialistas y el tiempo de demora el 37% afirmó ser de 30 a 60 días y el 27% más de 60 días.

En referencia a la Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado, el 100% de los usuarios concurren al mismo centro asistencial por exámenes básicos de sangre, el 61% por exámenes de rayos X y el 51% por estudios ecográficos. En relación con la concurrencia en caso de especialistas, el 83% afirmó concurrir con Diabetólogo, el 59% con Cardiólogo (de este un 22% nunca consultó), con Lic. en Enfermería el 93% de los encuestados afirmó nunca haber consultado, el 41% con Licenciado en Nutrición afirmó que sí a la consulta (sin embargo un 39% nunca consultó), con respecto a Dr. en Odontología el 44% afirmó que sí (57% que no o nunca consultó), y la consulta con Podólogo el 88% nunca consultó.

En la dimensión de Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los Servicios haciendo hincapié al tiempo de control de los especialistas se obtuvieron los siguientes datos por parte de los usuarios; Diabetólogo/ Endocrinólogo de 3-6 meses afirmó el 32% y no hay rutina el 20%, Cardiólogo el 49% afirmó no tener rutinas y el 17% haberse controlado de 6-12 meses, Lic. en Enfermería, Oftalmólogo y Podólogo el 98% afirmó no tener rutinas, Nutricionista el 76% afirmó no tener rutinas, y con respecto al Odontólogo el 68% afirmó no tener rutinas y un 17% afirmó haberse controlado en un tiempo mayor a 12 meses. En referencia a los controles de prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c), glucemia, perfil lipídico, proteinuria, microalbuminuria, creatininuria, peso y estatura el 34% de los encuestados afirmó haberse controlado entre los 3 a 6 meses.

Con respecto al tratamiento que recibió el usuario, y si ha sido discutido con otros profesionales del equipo de salud, el 63% declaró no haber discutido con un equipo multidisciplinario y el 22% no supo si eso ocurrió.

En el análisis de los datos de la dimensión de atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad, el 88% de los usuarios desconocieron el funcionamiento del SNIS, el 93% de los usuarios desconocían además sus derechos siendo parte del mismo, así, como el 98% ignoraban sus derechos como portador de DMT2. El 96% de los usuarios desconocían la existencia de la GPC. Por otra parte, el 63% de los encuestados afirmaron que en su núcleo familiar, entorno laboral y/o social nunca existió capacitación por parte del personal de policlínica para el cuidado y abordaje de su enfermedad en el ámbito diario.

En cuanto al componente Gobernanza y Estrategia en la dimensión de Sistema de Gobernanza Único para toda la Red, el 95% de los usuarios encuestados afirmaron que no participan directa ni indirectamente en los órganos de gobierno de la RAP Rocha y el 98% afirmó que no participa del monitoreo, evaluación de los resultados y/o procesos de la policlínica.

En la dimensión Participación Social Amplia, el 59% declaró no recibir información sobre la comprensión del funcionamiento de la policlínica, el 100% no participó en el análisis y decisiones del funcionamiento de la misma y el 100% afirmó no haber sido encuestado nunca en la policlínica con respecto a satisfacción de los usuarios por los servicios brindados.

En la dimensión Acción Intersectorial y Abordaje de los Determinantes de la Salud y la Equidad en Salud, el 61% de los usuarios no supo y el 37% afirmó que no existe un consejo permanente, comité consultivo, grupo de trabajo intersectorial u otro, que trabaje las políticas de salud en la zona de referencia de la policlínica, referidas con la DMT2.

**Tabla 3. Análisis del sector equipo de salud de la red**

ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA RED POR SECTOR	
COMPONENTES	SECCIONES
	EQUIPO DE SALUD
MODELO ASISTENCIAL	IDCR= 0,57 <b>PALTO</b>
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	IDCR= 0,38 <b>BAJO</b>
ORGANIZACION Y GESTION	***
FINANCIAMIENTO	***
DESEMPEÑO POR SECCIÓN	IDSR= 0,46 <b>BAJO</b>

Del índice de desempeño de la red por sector (equipo de salud), se desprendieron los índices de desempeño por componente de la red (IDCR), los cuales fueron un índice parcialmente alto de 0.57 para el componente modelo asistencial y para el componente gobernanza y estrategia un índice bajo de 0.38. El índice de desempeño por sector de la red (IDSR) fue de 0,46, siendo este, bajo.

Se realizó la selección de los datos más relevantes en cuanto a las encuestas realizadas al equipo de salud en las policlínicas abordadas, donde se destaca a continuación que:

Con respecto al componente Modelo Asistencial en la dimensión Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades, y con respecto al número de usuarios bajo la cobertura de la policlínica, el 55% del equipo de salud afirmó no conocer dicho número.

Frente a la existencia de un perfil de salud de la población portadora de DMT2, a la cual la policlínica da cobertura, el 64% afirmó que si existe dicho perfil, sin embargo cuando se consultó sobre la existencia de un perfil relacionado a la salud de la comunidad del área que da cobertura la policlínica, asociado a los determinantes sociales de la salud, el 45% afirmó que no existe y un 18% no sabía de la posible existencia. El 100% de los funcionarios afirmaron conocer el área geográfica a la que da cobertura la policlínica.

En relación a la dimensión Extensa Red de Establecimientos de Salud, el 73% del equipo de salud encuestado negó la existencia de un programa específico para la atención del usuario portador de DMT2 en la policlínica, y un 9% desconoció la posible existencia.

Con respecto a los sistemas de referencia de las policlínicas, como son el 2do y 3er nivel de atención, el 100% de los encuestados afirmó conocerlos. En relación a las referencias por coordinación con especialistas, imagenología, laboratorio, medicamentos y material de monitoreo de glucemia de la policlínica, el 100% del equipo encuestado afirmó conocerlos.

En materia de planificación de controles clínicos y paraclínicos, medicamentos e insumos para el automonitoreo glucémico en usuarios portadores de DMT2 por parte del equipo multidisciplinario encuestado, el 55% negó realizar dicha tarea.

En la dimensión denominada como Primer Nivel de Atención Multidisciplinario y con respecto de si el equipo de salud se conoce entre sí al tener en cuenta la atención del usuario portador de DTM2, un 64% afirmó, un 18% negó y un 18% declaró que no existen otros trabajadores en atención a dichos usuarios.

En temática de coordinación para consulta con otros especialistas del 1er Nivel de Atención y hospitalización para estudios o tratamientos de los usuarios portadores de DMT2 , un 64% del equipo de salud afirmó que al usuario se le da un pase y este se agenda.

En la dimensión de Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado, el 91% del equipo de salud declaró que en relación a la coordinación asistencial de los usuarios portadores de DMT2 conocen los servicios que brinda el 1er nivel, 2do y 3er nivel de referencia de la policlínica.

En la dimensión Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios y haciendo referencia a los protocolos o guías clínicas para el abordaje de usuarios portadores de DMT2, el 73% negó la existencia y el 9% no sabe.

Con respecto al trabajo multidisciplinario para el abordaje con el usuario portador de DMT2 en las policlínicas, el 64% del equipo de salud encuestado negó su participación. En relación a la existencia de hojas de interconsulta para este abordaje, el 82% negó su existencia y el 9% desconocía si efectivamente existen. En cuanto a los criterios, flujogramas o circuitos para interconsulta con especialistas dentro del 1er Nivel de atención, el 55% de los encuestados negó la existencia de los mismos.

En cuanto a la existencia de protocolos o guías clínicas para el abordaje de los usuarios portadores de DMT2, solo el 18% afirmó dicha existencia y de este porcentaje solo el 9% los aplica.

En la dimensión denominada como Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad, el 45% negó conocer las normativas del SNIS y la organización del nuevo Modelo de Atención de la RAP-ASSE. De la mano de las normativas, se consultó sobre el conocimiento de los derechos de los usuarios portadores de DMT2, de los cuales el 64% afirmó conocerlos.

En materia de capacitación del equipo de salud en relación al SNIS y Modelo de Atención vigente; solo el 2% afirmó dicha realización, en cuanto a la formación en relación a los derechos de estos usuarios, teniendo en cuenta el 64% afirmativo del posible conocimiento nombrado anteriormente, el 45% no realizó capacitación.

En cuanto a la incorporación de las personas del núcleo familiar, entorno laboral y/o social para el cuidado del usuario portador de DMT2, se desprende que el 64% del equipo de salud encuestado, dio como afirmativo la integración del contexto sociofamiliar en su tratamiento

En el componente Gobernanza y Estrategia, en la dimensión Sistema de Gobernanza Único para toda la Red y en relación con el conocimiento de los órganos de dirección de la RAP Rocha, el 82% contestó afirmativo. En relación a la formación del equipo de salud en



materia de gestión de servicio, en Salud Pública y en trabajo en redes de servicios de salud, el 55% negó haberse formado.

Con respecto al monitoreo y evaluación de los procesos y resultados de la policlínica, el 27% negó la existencia, y el 45% desconoció los mismos.

En la dimensión de Participación Social Amplia se consultó sobre si el equipo de salud incluía al usuario en el análisis y decisiones del funcionamiento de la policlínica, el 45% afirmó que sí, de la mano de dicha afirmación se consultó por la realización de encuestas de satisfacción periódicas a los usuarios, de lo cual se obtuvo un 82% negativo y un 18% desconocía la realización.

En la Acción Intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud, con respecto al intercambio que tenía el efector con la comunidad (organizaciones de referencia de la zona de la policlínica), el 64% del equipo de salud negó el intercambio para la mejora de los cuidados de los usuarios portadores de DMT2.

**Tabla 4. Análisis del sector directivos de la red**

<b>ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA RED POR SECTOR</b>	
<b>COMPONENTES</b>	<b>SECCIONES</b>
	<b>DIRECTIVOS</b>
MODELO ASISTENCIAL	<b>IDCR= 0,59 PALTO</b>
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	<b>IDCR= 0,54 PALTO</b>
ORGANIZACION Y GESTION	***
FINANCIAMIENTO	<b>IDCR= 0,38 BAJO</b>
DESEMPEÑO POR SECCIÓN	<b>IDSRS= 0,55 PALTO</b>

Del índice de desempeño de la red por sector (directivos), se desprendieron los índices de desempeño por componente de la red (IDCR), los cuales fueron un índice parcialmente alto de 0.59 para el componente modelo asistencial, para el componente gobernanza y estrategia un índice parcialmente alto de 0.54 y para el componente financiamiento e

incentivos un índice bajo de 0.38. El índice de desempeño por sector de la red (IDSR) fue de 0,55, siendo este, parcialmente alto.

Se realizó la selección de los datos más relevantes en cuanto a las encuestas realizadas a los directivos de la RAP Rocha y representantes de las policlinicas abordadas, de los cuales se nombra a continuación que:

En el componente Modelo Asistencial comenzando por la dimensión Población y Territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades, el 40% de los directivos encuestados negó conocer el número de usuarios bajo área de cobertura a la que pertenece la RAP Rocha. En relación a la existencia de un perfil de salud de la comunidad del área de cobertura de la misma, relacionado con los determinantes sociales de la salud, el 60% negó dicha existencia. El 100% afirmó conocer el área geográfica en la que da cobertura de salud la RAP Rocha.

En la dimensión Extensa Red de Establecimientos de Salud, el 100% de los encuestados conocían el número de efectores que pertenecen a la RAP Rocha, y el 80% afirmó conocer el número de usuarios por efector. En relación al conocimiento con el que contaban los directivos sobre establecimientos asistenciales de 2do y 3er Nivel de referencia de la RAP Rocha, los centros asistenciales de coordinación con especialistas dentro del 1er Nivel y los centros asistenciales de realización de exámenes básicos, retiro de medicamentos y material de automonitoreo glucémico, el 100% afirmó tenerlo en su conocimiento.

Con respecto al conocimiento por parte de los directivos en cuanto al número de usuarios y más específicamente el número de usuarios portadores de DMT2 por profesional de la RAP Rocha, el 80% negó tenerlo claro.

En cuanto a la existencia de protocolos o guías para el seguimiento asistencial de los usuarios en general y usuarios portadores de DMT2 de la RAP Rocha el 40% desconocían la

posible existencia y un 20% negó la misma, del 40% afirmativo la totalidad declararon que se utilizaban dichas guías.

Cuando se habla de Primer Nivel de Atención Multidisciplinario se hizo referencia a la existencia de especialistas para las distintas profesiones que son necesarias en el 1er Nivel, el 80% de los directivos afirmó que existen los cargos. En relación a la existencia de equipo de trabajos conformados por diferentes profesiones, para el abordaje al usuario portador de DMT2, en la RAP Rocha, el 60% contestó de forma afirmativa.

Con respecto a la Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado y en relación a la existencia de un sistema de monitoreo de la atención de los usuarios portadores de DMT2, que permita determinar si el usuario fue provisto en el lugar más apropiado de la red, el 60% de los directivos contestó no.

En Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios, y al consultar sobre la existencia de un sistema de monitoreo de cumplimiento de los protocolos o guías clínicas para el seguimiento de los usuarios portadores de DMT2, el 60% de los encuestados contestó no y el 40% no sabe.

Para la consulta con especialistas en el primer nivel de atención y la coordinación con los diferentes niveles de atención, refiriendo a la existencia de criterios, flujogramas o circuitos, un 60% de los encuestados contestó de forma afirmativa.

En la dimensión de Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad y con respecto a los programas de capacitación sobre el SINIS y el nuevo Modelo de Atención, el 60% de los directivos afirmó que existen dichas capacitaciones a nivel de la RAP Rocha. Por otra parte, en cuanto a capacitaciones en materia de derechos de atención a la salud de los usuarios portadores de DMT2, un 60% negó la existencia y el 40% restante no sabía si efectivamente existían.

Referido a dicha dimensión, en cuanto a la existencia de “carta” de derechos de atención a la salud de las personas, solo el 40% contestó de forma afirmativa, y sobre la existencia de “carta” de derechos de atención a la salud de usuarios portadores de DMT2 un 80% negó la existencia y un 20% no pudo constatar la misma.

En el componente Gobernanza y Estrategia en la dimensión Sistema de Gobernanza Único para toda la Red y en referencia la participación de trabajadores y usuarios en órganos de decisión de política sanitaria en la RAP Rocha, el 60% de los directivos afirmó que existen representantes de estos grupos.

El 100% de los directivos afirmaron tener formación en gestión de servicios y/o en Salud Pública y el 80% formación en trabajo en redes de servicios de salud.

En cuanto a la Misión, Visión, Valores y Objetivos de la RAP Rocha solo el 40% afirmó conocer dichos lineamientos.

Referente a la existencia de mecanismos de asignación de recursos (HH, FF, MM) único y compartido por toda la red, el 80% afirmó la existencia.

El 60% de los directivos desconoció la existencia de mecanismos de monitoreo y evaluación de los resultados de la RAP Rocha y el 60% de los directivos conocía la existencia de mecanismos de monitoreo y evaluación de los procesos de la RAP Rocha.

En la dimensión denominada como Participación Social Amplia, el 60% de los directivos afirmó que se le brinda información al usuario y/o a la comunidad para que comprendan el funcionamiento de la red sanitaria.

El 60% de los directivos afirmaron que el usuario y/o la comunidad participan en el análisis y decisiones del funcionamiento de la RAP Rocha, y se trabaja directamente con éstos para el mejoramiento de la misma. El 20% de los directivos afirmó que se realizan encuestas periódicas de satisfacción de usuarios en la RAP Rocha.

En la dimensión Acción Intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud, y en relación a la existencia de intercambio de información con organizaciones (cualquiera) dentro de la RAP Rocha, para evitar superposición de acciones que entren en conflicto con otros sectores sociales, el 80% negó la existencia del posible intercambio. En referencia a la coordinación de acciones para mejorar la calidad de vida de las personas, con organizaciones de la zona de influencia de la RAP Rocha, un 80% afirmó que se dan estas coordinaciones. El 40% de los directivos afirmó que en la zona de influencia de la RAP Rocha, existe algún Consejo Permanente, Comité Consultivo, Grupo de Trabajo Intersectorial u otro, que trabaje las políticas de salud. De este resultado la totalidad, es decir el 40% afirmativo, también participa de dichos comités o grupos de trabajo.

En el componente Asignación e Incentivos en la dimensión Financiamiento Adecuado e Incentivos Financieros Alineados con las Metas de la Red, el 80% de los directivos afirmó la existencia de un presupuesto con objetivos globales para la RAP Rocha. De este 80% la totalidad negó que la elaboración de este presupuesto haya sido por todos los integrantes de la misma.

Con respecto a la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos, el 80% negó que existiera dicha flexibilidad y en cuanto a la flexibilidad de los recursos humanos, un 40% contestó como afirmativo. En relación a la existencia de incentivos financieros para sus efectores, relacionado al cumplimiento de las metas asistenciales en la RAP Rocha, el 100% negó. El 80% afirmó la existencia de un sistema de control de costos, dando un 20% restante que desconocía su existencia.

## 10.0 Discusión

El índice de desempeño global de la red arrojó un coeficiente de 0.48 en una escala de 0 a 1, lo que equivale a un índice de desempeño bajo, denotando un déficit en el funcionamiento, gestión y organización de las policlínicas fronterizas en el departamento de Rocha. De estos resultados es importante contrarrestar lo esperado frente a lo obtenido, utilizando la teoría, los lineamientos y reglamentos dispuestos por MSP y ASSE, así como también las perspectivas de los actores involucrados.

Con respecto a esto último mencionado, el resultado del desempeño de la red por sección arrojó un índice de desempeño de 0.42 del sector usuarios, 0.46 es el desempeño del sector equipo de salud y 0.55 del sector directivos, quedando en el rango de desempeño bajo para los primeros dos actores y parcialmente alto en el último.

Se analizó y discutió el índice de desempeño global de la red incorporando la perspectiva de todos los actores, y desglosando por componente, como la tabla general (tabla 1) lo visualiza en su lectura por filas.

En cuanto al modelo asistencial “este primer componente tiene que ver con la estructura que presenta el sistema sanitario para dar cobertura de salud a las poblaciones en relación con sus establecimientos, servicios brindados, coordinación de estos servicios y aspectos socioculturales a tener en cuenta para dicha cobertura.”<sup>1</sup> El índice de desempeño por componente de la red (IDCR) en cuanto al modelo asistencial, mostró desde la perspectiva de los usuarios un índice bajo (0.36), el equipo de salud un índice parcialmente alto (0.57) y directivos un índice parcialmente alto ( 0.59), con un índice de desempeño global del componente modelo de atención (IDCR) bajo de 0.40 .

Frente a la realidad del sistema sanitario y en cuanto a los resultados obtenidos mencionados anteriormente, teniendo en cuenta la localización geográfica de las policlínicas de 18 de Julio, Barra del Chuy y Chuy, se logró determinar que los funcionarios conocen el área de cobertura de las mismas, pero no tienen definido un perfil de salud de la comunidad de ésta área relacionado con los determinantes de la salud. Aspecto importante a tener en cuenta al momento de brindar la atención en primer nivel para un óptimo desarrollo de los programas y sistemas que contengan y aborden a los usuarios de forma integral.

Vinculando lo anteriormente mencionado, la totalidad de los directivos de la red afirmaron conocer el número de efectores pertenecientes a la RAP Rocha, y en su mayoría el número de usuarios por efector. Por otra parte, lo reflejado en los resultados de las encuestas realizadas al equipo de salud, siendo estos los intermediarios directos entre la dirección y los usuarios, más de la mitad negaron conocer la cantidad de usuarios bajo cobertura de su policlínica.

Sabiendo efectivamente que en el sistema sanitario existen lineamientos, programas, guías y protocolos para el abordaje integral de todos los usuarios, teniendo en cuenta el pasaje prioritario por el primer nivel de atención, el cual se focaliza en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Éstos facilitan la toma de decisiones de los profesionales, mejoran los procesos de atención clínica y sanitaria, disminuyen la variabilidad, optimizan el proceso de referencia y contrarreferencia, procurando generar así mejores resultados medidos en términos de morbi-mortalidad de la población objetivo y disminuir los costos debidos a una atención inapropiada.

En cuanto a la existencia y aplicación de guías, programas y/o protocolos de asistencia, más de la mitad de los directivos y el equipo de salud negó la misma, sin

embargo de los usuarios a los cuales se les aplicó la herramienta solo un 5% afirmó su existencia.

Los funcionarios conocen los sistemas de referencia y contrarreferencia que corresponden a la red y al nivel de atención, lo que permite “la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario... acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención.”<sup>15</sup>

Con respecto a la Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado y en relación a la existencia de un sistema de monitoreo de la atención de los usuarios portadores de DMT2, que permita determinar si el cuidado al usuario fue provisto en el lugar más apropiado de la red, el 60% de los directivos contestó no.

Con relación al trabajo multidisciplinario con el usuario se evidencio que no hay participación desde la mirada del equipo de salud. En relación a la existencia de hojas de interconsulta para este abordaje, el 82% negó su existencia y el 9% desconoce si efectivamente existen. En cuanto a los criterios, flujogramas o circuitos para interconsulta con especialistas dentro del Primer Nivel de Atención, el 55% de los encuestados negó la existencia de los mismos.

Se entiende que el abordaje de éste usuario con patología crónica requiere un equipo multidisciplinario para su atención como lo define la RAP en la GPC, en los resultados encontrados se notó la ausencia o muy bajo número de consultas con especialistas (Licenciado en Enfermería, Oftalmólogo, Podólogo, Nutricionista), afectando directamente su tratamiento. En cuanto a la presencia de los especialistas en policlínica se cuenta con Dr. en Odontología (Policlínica de Barra de Chuy), los demás especialistas se encuentran en el Segundo Nivel de Atención generando en



varias oportunidades el traslado del usuario y una sobrecarga del nivel. Contrario a lo que propone la OPS en RISS (2010), donde destaca que debería de existir “...un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios...”<sup>18</sup>

La atención centrada en la persona, familia y comunidad, está definida 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 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.”<sup>1</sup>

Ésto se ve reflejado en el abordaje integral del usuario portador de DMT2 el cual es deficiente, debilitando el enfoque en la atención centrada en la Persona, Familia y Comunidad. Los directivos que llevan a cabo la gestión afirmaron que existen programas de capacitación del SNIS, sin embargo los funcionarios quienes están en contacto directo y continuo con los usuarios no realizan dichas capacitaciones en su totalidad.

Lo anteriormente mencionado no acompaña al cambio de modelo que se viene implementando en el territorio nacional, como lo expresa la Ley 18335 de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de dos Servicios de Salud en el Artículo 2; “los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o

capacidad económica.”<sup>19</sup> Y la Ley 14032 Adopción de Medidas Sanitarias Sociales y Laborales para los Enfermos de Diabetes<sup>20</sup>, el usuario es el protagonista de su propia atención, conociendo sus derechos y obligaciones para así empoderarse.

Continuando con la dimensión centrada en la persona, familia y comunidad, y el empoderamiento de los usuarios, la directiva de los efectores desconocían la existencia de la “carta” de derechos de atención a la salud de las personas y de la “carta” de derechos de atención a la salud de usuarios portadores de DMT2 generadas por el MSP en el año 2010, de la mano que los usuarios encuestados casi en su totalidad desconocen sus derechos dentro del sistema.

El organismo rector MSP, nos brinda pautas para la asistencia integral del usuario portador de DMT2 a través de una GPC que tiene como alcance y objetivo; “La atención debe estar centrada en el paciente, incorporando sus preferencias, sus valores, sus necesidades, sus condiciones socioeconómicas, el momento del ciclo vital en que transcurre, el enfoque de género.

Las decisiones del tratamiento deben de ser oportunas, basadas en la evidencia y adaptadas al contexto local y al pronóstico y comorbilidades del paciente.

Debe estar alineada con los componentes del modelo de atención crónica para garantizar interacciones entre el equipo de salud capacitado y proactivo y el paciente involucrado en el autocuidado.”<sup>2</sup>

La realidad encontrada es que los funcionarios responsables de la atención a los usuarios desconocen la existencia de la GPC, por lo tanto no se siguen las pautas pre establecidas por el MSP, evidenciando un impacto en el cuidado a estas poblaciones y vulnerando sus derechos al acceso a servicios de salud de calidad.

Otro aspecto importante en la estrategia RISS asumida por la RAP ASSE a tener en cuenta es el involucramiento del núcleo familiar, entorno laboral y/o social

para el cuidado del usuario portador de diabetes, teniendo esto en cuenta se evidenció que solo uno de cada tres funcionarios que asisten directamente a dichos usuarios, afirman la integración del contexto socio familiar para el tratamiento en el ámbito diario.

La gobernanza y estrategia es definida como “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 éstos 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.”<sup>1</sup> El índice de desempeño de este componente de la red (IDCR) desde la perspectiva de los usuarios evidenció un índice bajo (0.08), desde la perspectiva del equipo de salud también un índice bajo (0.38) y directivos un índice parcialmente alto (0.54), con un índice de desempeño global por componente de la red (IDGCR) bajo de 0.27.

En la discusión surgió la importancia de tener en cuenta las consideraciones de la OPS con respecto a las RISS, que se basan en expresiones operativas con enfoque en APS, esto ayuda a cumplir con los conceptos de; acceso universal, atención integral, cuidado apropiado, organización y gestión óptima, y en nuestra consideración uno de los más importantes la orientación familiar y comunitaria con acción intersectorial.

En contraposición con nuestros resultados la totalidad de los directivos contaba con formación en gestión de servicios y/o en Salud Pública y formación en

trabajo en Redes de Servicios de Salud, siendo ésto fundamental teniendo en cuenta la visión que ASSE propone en materia de formación y capacitación de sus recursos humanos.

En cuanto a la gobernanza y estrategia que se debe de llevar a cabo según los lineamientos a los que ASSE se adhiere de OPS/OMS sobre RISS, nos encontramos con que más de la mitad de los directivos desconocían los mecanismos de monitoreo para la evaluación de los resultados de la RAP Rocha.

En cuanto a políticas sanitarias de ASSE, los órganos de decisión se encuentran representados por: presidente, vicepresidente, vocal, representante de los trabajadores, representante de los usuarios y gerente general.

Un gran porcentaje de los directivos afirmaron que dentro de los órganos de decisión en materia de política sanitaria existe una representación de los usuarios, sin embargo cuando llegamos a la evaluación de la participación social amplia (la cual se define como; (“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 de gobierno y la gestión de la red.”<sup>1</sup>)) Con respecto a la toma de decisiones claves para la RAP Rocha en referencia al bienestar de los usuarios, estos directivos afirmaron que dichos actores no forman parte de las decisiones y los usuarios acompañan este resultado con casi la totalidad negando su participación.

En cuanto a la retroalimentación entre la policlínica y los usuarios, y viceversa no existen encuestas de satisfacción a los usuarios, quedando demostrado la lejanía

entre la realidad y las normativas definidas por el SNIS sin tener en cuenta que los principales actores involucrados son los usuarios.

El componente organización y gestión se define como “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.”<sup>1</sup>

Antes de comenzar con la discusión y planteamientos que surgen de este componente, se dejó en evidencia que no es posible obtener un índice de desempeño de este componente ya que la herramienta no lo permite cuantificar. Sin embargo, se expuso a continuación un análisis del componente obtenido de la aplicación de la HERSS a los actores involucrados.

Con respecto a la calidad asistencial Diego Ayuso Murillo, et al. (2018) describe que; “ es uno de los elementos clave a desarrollar por los equipos directivos y por los profesionales sanitarios, con el objetivo de mejorar continuamente la práctica asistencial que realizamos y conseguir la mayor satisfacción del paciente y su familia.”<sup>16</sup>

Frente a los resultados obtenidos en este componente se destacó por una parte que los usuarios se encontraban en conformidad en relación al cuidado de su salud brindado por el equipo asistencial multidisciplinario, y por otra parte la accesibilidad de los mismos para coordinar estudios, así como la facilidad para la obtención de medicamentos necesarios para su tratamiento en la policlínica de referencia, teniendo en cuenta que frente a las dificultades a estos accesos la mitad no encontró solución.

En el atributo estudiado como Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, “sistema unificado que permita proveer de datos que satisfagan la necesidad de información de todos los integrantes de la red.”<sup>1</sup>, nos

encontramos con resultados satisfactorios con respecto al manejo de la información clínica del usuario por parte del equipo de salud a través de toda la amplitud de la red, permitiendo a todos los involucrados acceder a ella según el rol en la asistencia, como es el ejemplo de la historia clínica electrónica.

En cuanto a la gestión integrada de los servicios de apoyo clínico, administrativo y logístico resultó de forma acorde a la normativa.

Si hablamos en relación al número de usuarios asistidos por profesional se destaca que la totalidad de los funcionarios no contaban con un número definido tanto de usuarios en general como portadores de DMT2, aspecto que contrarresta los criterios de trabajo de RISS, al momento de brindar atención continua de calidad para ésta enfermedad crónica.

La gestión basada en resultados es el “atributo entendido como la estrategia o enfoque que se da a 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 dichos procesos.”<sup>1</sup>, en las policlínicas abordadas no se evidenciaron mecanismos de evaluación de resultados, impidiendo la retroalimentación a beneficio de sus propios usuarios.

En cuanto a la valoración de los recursos humanos por parte de la red, los directivos en su mayoría afirmaron que la formación e incentivos que la red propone no es suficiente.

Por último en cuanto al componente asignación e incentivo definido 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.”<sup>1</sup> Desde la perspectiva de los directivos el índice de desempeño de este componente arrojó un índice bajo (0.38), con un índice global por componente de la red bajo (0.24).

La totalidad de los funcionarios afirmaron que no existe un incentivo financiero relacionado con los cumplimientos de metas asistenciales, incluidas aquellas relacionadas a los usuarios portadores de DMT2.

Con respecto a la respuesta de los directivos sobre el financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red, la gran mayoría afirmó que no existe el incentivo al cumplimiento de dichas metas. Afirmaron que existe un sistema de control de costos y flexibilidad en la movilidad de los recursos humanos.

## **11.0 Limitaciones del estudio**

A lo largo de la investigación surgieron dificultades, como por ejemplo la ausencia de registro por parte de las policlínicas de usuarios portadores de DMT2, problema que fue solucionado. Otra dificultad a la que nos enfrentamos fue el contacto con la totalidad de los usuarios debido la ausencia de datos filiatorios actualizados de los usuarios, situación que se cree no tuvo mayor impacto en la investigación dado que estudios similares en otros lugares del país mostraron resultados iguales como se vio reflejado en los antecedentes anteriormente mencionados.



## 12.0 Conclusión

Como conclusión se puede decir que se cumplió el objetivo general, el cual fue evaluar el índice de desempeño de la red desde la perspectiva de todos los actores involucrados de las policlínicas fronterizas de la RAP Rocha. Se obtuvo un índice de desempeño global de la red bajo (0.48) que se desprendió al aplicar la herramienta HERSS. Un resultado de este nivel demostró la organización, gestión y abordaje de la población, viéndose ésta afectada considerablemente.

Desde la perspectiva de los actores involucrados el desempeño de la red presentó variaciones. Existieron diferencias en las percepciones, en donde los usuarios y equipo de salud lo calificaron como bajo, y los directivos parcialmente alto.

El índice de desempeño por componente demostró deficiencias en el modelo asistencial, destacándose la falta de estandarización en los procesos asistenciales y la necesidad de mejorar la atención clínica y sanitaria. Aunque existe conocimiento sobre los sistemas de referencia y contrareferencia, quedó demostrada la falta de monitoreo de la atención de los usuarios en el lugar más apropiado de la red.

En cuanto a la gobernanza y estrategia se obtuvo un desempeño bajo, destacando el desconocimiento de los mecanismos de monitoreo por parte de los directivos. La participación social amplia en las decisiones clave para el bienestar de los usuarios se dió de forma limitada.

La calidad asistencial presentó aspectos positivos, como la conformidad de los usuarios y la accesibilidad a los estudios, esto hace referencia a la organización y gestión. Sin embargo se destacó la falta de evaluación de resultados y la percepción de que la formación e incentivos propuestos no son suficientes.

El componente asignación e incentivos financieros arrojó un desempeño bajo, con la ausencia de incentivos relacionados con el cumplimiento de metas asistenciales.

Resumiendo el estudio evidenció múltiples áreas de mejora en la gestión, organización y desempeño de las policlínicas de la frontera, destacando la necesidad de abordar deficiencias en el modelo asistencial, la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, y la participación de los actores claves en la toma de decisiones.

### 13.0 Referencias

- [1] Sbárbaro, M. (2017). Procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud, del primer nivel de atención, en el contexto uruguayo. Revista Uruguaya de Enfermería. Montevideo. v. 12, n. 1. p.p. 20-42. ISSN Online: 2301-0371. <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/212/206/>
- [2] Montenegro. H. et. (2010). “*Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.*” OPS p.10. [Archivo PDF] <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- [3] Br. Batista K. et al. Rivera - Octubre 2019. “*Gestión de cuidados al usuario portador de Diabetes Mellitus Tipo 2, en Policlínicas Públicas*”. Facultad de Enfermería - Universidad de la República. TFI.
- [4] Lic. Esp. García S.G. Montevideo - 31 de Marzo 2022. “*Desempeño del modelo de Atención desde la mirada del usuario de una red de efectores públicos*”. Facultad de Enfermería - Universidad de la República. Tesis.
- [5] Br. Barrero Miguel et al. Montevideo -2019. “*Gestión del Cuidado a usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, en Policlínicas Públicas*”. Facultad de Enfermería - Universidad de la República. Informe Final de TFI.
- [6] Br. Arguello C et al. Melo, Cerro Largo - 2022. “*Desempeño del modelo de Atención desde la mirada del usuario de una red de efectores públicos*”. Facultad de Enfermería - Universidad de la República. En defensa de TFI. Sin Publicar.
- [7] Thumé E et al. Río de Janeiro - Setiembre 2018 “*Formación y práctica de enfermeros para la Atención Primaria de Salud - avances, desafíos y estrategias para el*

*fortalecimiento del Sistema Único de Salud*". ENSAIO/ ESSAY I. V42. P. 275-288.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GnsG3ZWVxkVksFPGNXVxmQF/?lang=pt&format=pdf>

- [8] Uruguay. 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](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf)
- [9] Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Año 2011. *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. PAHO. [Archivo PDF] <https://www.paho.org/es/file/117241/download?token=lmgB40ke>
- [10] Unidades Asistenciales. Centros Asistenciales. Región Este. Año 2022. *RAP Rocha*. ASSE <https://www.asse.com.uy/contenido/RAP-Rocha-5249>
- [11] Ayala R, Torres M.C, Calvi M.J. 2014. *Gestión del Cuidado Asuntos Críticos, Teóricos y Metodológicos* Editorial Mediterraneo. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-lanus/gestion-y-organizacion-de-los-servicios-de-enfermeria/gestion-del-cuidado-en-enfermeria-by-ricardo-ayala-z-lib/31269285>
- [12] OPS/OMS. 27 abril de 2012. *Acerca de Diabetes*. PAHO. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15)
- [13] Consejo General de Enfermería. Setiembre de 2010. p. 5. *Atención de Enfermería al Paciente Diabético - Protocolo*. [Archivo PDF] <https://www.agefec.org/Almacen/protocolos%20y%20programas/PROTOCOLO%20>

[DE%20ATENCION%20DE%20ENFERMARIA%20O%20PACIENTE%20DIABETIC  
O.pdf](#)

- [14] PAHO. 6-12 de septiembre de 1978. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas Declaración de Alma-Ata. [Archivo PDF] <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- [15] Dr. Vignolo Julio et al. Montevideo abr. 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud - Levels of care, prevention and primary health care. *Medicina Interna* 2011. Vol.33 No.1, pg (11-14). SciELO Uruguay. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- [16] Ayuso Murillo D et al. (2018) “Gestión De La Calidad De Cuidados En Enfermería-Seguridad Del Paciente” Editorial Diaz de Santos p407. p1-27. [Archivo PDF] <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499698830.pdf>
- [17] Poder Ejecutivo. Consejo de Ministros. 12 de junio de 2019. *Decreto N° 158/19*. IMPO- Centro de Información Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>
- [18] Montenegro. H. et. (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.” OPS p.10. [Archivo PDF] <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- [19] MSP (15 de Agosto de 2008). *Ley 18335 Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud*. IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008#:~:text=Los%20pacientes%20y%20usuarios%20tienen,nivel%20cultural%20o%20capacidad%20econ%C3%B3mica>

[20] MSP (15 de Octubre de 1971). *Ley 14032 Adopción de Medidas Sanitarias Sociales y Laborales para los Enfermos de Diabetes.* IMPO.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/14032-1971>

## 14.0 Anexos

### 14.1 Anexo N° 1

Herramienta HERSS

#### EQUIPO DE SALUD

Cuestionario N°.....

#### Componente: MODELO ASISTENCIAL

<u>Dimensión:</u> <i>Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades.</i>		
1	¿Conoce el número de usuarios de ASSE, bajo el área de cobertura de la policlínica?	SI NO
2	¿Existe un perfil de salud de la población portadora de DMT2, del área de cobertura de la policlínica?	SI NO NO SABE
<b>SI pase a P4</b>		
3	¿Existe una propuesta para la elaboración de dicho perfil?	SI NO NO SABE
4	¿Existe un perfil de salud de la comunidad del área de cobertura de la policlínica, relacionado con los determinantes sociales de la salud?	SI NO NO SABE
<b>SI pase a P6</b>		
5	¿Existe una propuesta para la elaboración de dicho perfil?	SI NO NO SABE
6	¿Conoce el área geográfica a la que da cobertura de salud la policlínica?	SI NO

<u>Dimensión:</u> <i>Extensa Red de Establecimientos de Salud.</i>		
7	¿Existe en la policlínica un programa específico para la atención al usuario portador de DMT2?	SI NO NO

	<b>NO – NO SABE <i>pase a P9</i></b>	SABE
<b>8</b>	¿Qué profesionales integran dicho programa?	
<b>9</b>	¿Conoce los establecimientos asistenciales del 2do. y 3er. Nivel de Atención de referencia de la policlínica?	SI NO
<b>10</b>	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales del 1er. Nivel de Atención de referencia de la policlínica, para la coordinación con especialistas?	SI NO
<b>11</b>	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales para la realización de exámenes paraclínicos básicos (imagenología y laboratorio) de referencia de la policlínica?	SI NO
<b>12</b>	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales para el retiro de medicamentos y material para el automonitoreo glucémico de los usuarios portadores de DMT2, de referencia de la policlínica?	SI NO
<b>13</b>	¿Usted planifica los controles clínicos y paraclínicos de: HbA1c; glucemia; perfil lipídico; proteinuria; microalbuminuria; creatinina; peso e índice de masa corporal, de los usuarios portadores de DMT2?	SI NO
<b>14</b>	¿Usted planifica las necesidades de medicamentos para el tratamiento de los usuarios portadores de DMT2, en la policlínica/consultorio?	SI NO
<b>15</b>	¿Usted planifica las necesidades de insumos para que el usuario se realice el automonitoreo de glucemia?	SI NO

<b><u>Dimensión:</u> <i>Primer Nivel de Atención Multidisciplinario.</i></b>		
<b>16</b>	¿Conoce a los trabajadores de otras profesiones que actúan en la atención del usuario portador de DMT2, en la policlínica?	SI NO
	<b>NO – No hay otros trabajadores <i>pase a P18</i></b>	No hay otros trabajadores
<b>17</b>	¿Usted actúa en equipo con dichos trabajadores en el abordaje al usuario portador de DMT2?	SI NO





	DMT2, para la coordinación de interconsultas con Especialistas?	
27	¿Existen criterios, flujogramas o circuitos para la interconsulta con especialistas dentro del 1er. Nivel de atención?	SI NO NO SABE
28	¿Existen criterios, flujogramas o circuitos para la coordinación con especialistas del 2do. y 3er. Nivel de atención de referencia de la policlínica?	SI NO NO SABE

Dimensión: <i>Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.</i>		
29	¿Conoce la normativa del SNIS y la organización del nuevo Modelo de Atención de la RAP – ASSE?	SI NO
	<b>NO pase a P31</b>	
30	¿Usted realizó algún tipo de capacitación sobre el SNIS y el nuevo Modelo de Atención?	SI NO
31	¿Conoce los derechos de atención a la salud de los usuarios portadores de DMT2?	SI NO
	<b>NO pase a P34</b>	
32	¿Usted realizó algún tipo de capacitación sobre los derechos de atención a la salud de los usuarios portadores de DMT2?	SI NO
33	¿Usted tiene en cuenta los derechos de atención a la salud de los usuarios portadores de DMT2, para su tratamiento?	SI NO
34	¿Usted realizó algún tipo de capacitación para trabajar con un enfoque cultural y de género?	SI NO
35	¿Usted incorpora la medicina alternativa en el tratamiento de los usuarios portadores de DMT2, de la policlínica?	SI NO
36	¿Usted incorpora a las personas del núcleo familiar en el cuidado de los usuarios portadores de DMT2, de la policlínica?	SI NO
37	¿Usted incorpora a las personas del entorno laboral y/o social en el cuidado de los usuarios portadores de DMT2, de la policlínica?	SI NO

**Componente: GOBERNANZA Y ESTRATEGIA**

<b>Dimensión: Sistema de Gobernanza Único para toda la Red.</b>		
<b>38</b>	¿Conoce los órganos de dirección de la RAP Rocha?	SI NO
<b>39</b>	¿En la RAP Rocha, existe un único órgano de decisión de política sanitaria?	SI NO
	<b>NO – NO SABE <i>pase a P41</i></b>	NO SABE
<b>40</b>	¿Usted participa (directa o indirectamente) en los órganos de gobierno de la RAP Rocha?	SI NO
<b>41</b>	¿Usted tiene formación en gestión de servicios y/o en Salud Pública?	SI NO
<b>42</b>	¿Usted tiene formación en trabajo en redes de servicios de salud?	SI NO
<b>43</b>	¿Conoce la Misión, Visión, Valores y objetivos de la RAP Rocha?	SI NO
	<b>NO <i>pase a P45</i></b>	
<b>44</b>	¿Participó en la elaboración de la Misión, Visión y Objetivos de la RAP Rocha?	SI NO
<b>45</b>	¿Existe en la RAP Rocha, un mecanismo único y compartido de asignación de recursos: Humanos?	SI NO
	Financieros?	NO SABE SI NO
	Materiales?	NO SABE SI NO
		NO SABE
<b>46</b>	¿Existen mecanismos de monitoreo y evaluación de los resultados de la policlínica?	SI NO
	<b>NO – NO SABE <i>pase a P48</i></b>	NO SABE
<b>47</b>	¿Participa de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los resultados de la policlínica?	SI NO
<b>48</b>	¿Existen mecanismos de monitoreo y evaluación de los procesos de la	SI NO

	policlínica?	NO
	<b>NO – NO SABE <i>pase a P50</i></b>	SABE
<b>49</b>	¿Participa de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los procesos de la policlínica?	SI NO

**Dimensión: *Participación Social Amplia.***

<b>50</b>	¿Usted le brinda información al usuario para que comprenda el funcionamiento de la red sanitaria?	SI NO
<b>51</b>	¿Usted hace partícipe al usuario en el análisis y decisiones del funcionamiento de la policlínica?	SI NO
<b>52</b>	¿Usted trabaja directamente con el usuario para mejorar la atención de la policlínica?	SI NO
<b>53</b>	¿Usted le da al usuario el completo control en las decisiones claves de la policlínica que afecten su bienestar?	SI NO
<b>54</b>	¿En la policlínica se realizan encuestas periódicas de satisfacción de usuarios?	SI NO NO SABE

**Dimensión: *Acción Intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.***

<b>55</b>	¿Usted intercambia información con organizaciones (cualesquiera) de la zona de referencia de la policlínica, para la mejora de la calidad de vida de las personas con DMT2?	SI NO
<b>56</b>	¿Existen aportes a la policlínica de alguna organización zonal, regional o nacional, que contribuya al logro de los objetivos del cuidado de los usuarios portadores de DMT2?	SI NO NO SABE
<b>57</b>	¿Usted coordina acciones con organizaciones (cualesquiera) de la zona de referencia de la policlínica, para mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de DMT2?	SI NO
<b>58</b>	¿Existe en la zona de referencia de la policlínica algún Consejo Permanente,	SI NO

	Comité Consultivo, Grupo de trabajo intersectorial u otro, que trabaje las políticas de salud relacionadas con la DMT2?	NO SABE
	<b>NO – NO SABE <i>pase a P60</i></b>	
<b>59</b>	¿Usted participa en dichos comités o grupos de trabajo?	SI NO

**Componente: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN**

<b>Dimensión: <i>Gestión Integrada de los Sistemas de Apoyo Clínico, Administrativo y Logístico</i></b>		
<b>60</b>	¿Existe un sistema unificado y compartido (en red) de laboratorio clínico básico, en la RAP Rocha?	SI NO NO SABE
<b>61</b>	¿Existe un sistema unificado de estudios radiológicos en la RAP Rocha?	SI NO NO SABE
<b>62</b>	¿Existe un sistema unificado de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos en la RAP Rocha?	SI NO NO SABE
<b>63</b>	¿Existe un sistema único de citas en la policlínica?	SI NO NO SABE
<b>64</b>	¿En la policlínica existe algún mecanismo para el seguimiento de las pautas de consultas por especialistas?	SI NO NO SABE
<b>65</b>	¿En la policlínica existen equipos de trabajo para el mejoramiento continuo de la calidad?	SI NO NO SABE
<b>66</b>	¿Cómo envían las muestras de exámenes paraclínicos al laboratorio? En transporte sanitario    Las lleva usted    Las lleva el usuario    No sabe Otro.....	
<b>67</b>	¿Existe un sistema que garantice el traslado de los resultados de exámenes paraclínicos entre el laboratorio y la policlínica?	SI NO NO SABE
<b>68</b>	¿Existe en la RAP Rocha, un sistema de transporte sanitario que garantice el traslado de los usuarios que lo requieran a otros servicios de salud?	SI NO NO SABE

<b>Dimensión: <i>Recursos Humanos Suficientes, Competentes, Comprometidos y Valorados por la Red.</i></b>		
<b>69</b>	¿Cuál es la conformación de los Equipos Básicos de Salud en la policlínica?	

70	¿Cuál es la conformación si existieran, de los Equipos Básicos de Salud de la policlínica para el cuidado específico al usuario portador de DMT2?	
71	¿Usted tiene un número definido de usuarios de la policlínica bajo su responsabilidad?	SI NO
72	¿Usted tiene un número definido de usuarios portadores de DMT2 de la policlínica bajo su responsabilidad?	SI NO
73	¿Existe capacitación en trabajo en redes para los trabajadores de la RAP Rocha? Charlas                  Cursos (-20hs)                  Cursos (-50hs)                  Cursos (-100hs) Cursos (+100hs)    Otros.....	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE pase a P75</b>	
74	¿Usted participó?	SI NO
75	¿Existe capacitación en trabajo por programas para los trabajadores de la RAP Rocha? Charlas                  Cursos (-20hs)                  Cursos (-50hs)Cursos (-100hs) Cursos (+100hs)                  Otros.....	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE pase a P77</b>	
76	¿Usted participó?	SI NO
77	¿Existe capacitación en trabajo en programas de atención al usuario portador de DMT2, para los trabajadores de la RAP Rocha? Charlas    Cursos (-20hs)    Cursos (-50hs)    Cursos (-100hs)    Cursos (+100hs) Otros.....	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE pase a P79</b>	
78	¿Usted participó?	SI NO
79	¿Existen programas de formación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo de la RAP Rocha?	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE pase a P81</b>	

<b>80</b>	¿Usted participó?	SI NO
<b>81</b>	¿Existen coordinaciones con servicios académicos para la formación de RRHH con perfil de APS y/o gestión de servicios de salud en la RAP Rocha?	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE <i>pase a P83</i></b>	
<b>82</b>	¿Usted participó en conjunto con los servicios académicos en la formación de RRHH con perfil de APS.?	SI NO

<b><i>Dimensión: Sistemas de Información Integrados que vincula a todos los miembros de la Red.</i></b>		
<b>83</b>	¿Existe una historia clínica personal (no familiar) y única del usuario en todo el sistema?	SI NO NO SABE
<b>84</b>	¿Cuál es el formato de la historia clínica? Electrónica                      Ambas                      Papel Otro.....                      No sabe	
<b>85</b>	¿Usted registra sus intervenciones sobre el usuario (DMT2) en la historia clínica?	SI NO A Veces
<b>86</b>	¿Existe un sistema de acceso (en red) a los datos de las historias clínicas?	SI NO NO SABE
<b>87</b>	¿Existe un identificador común y único del usuario en toda la red?	SI NO NO SABE
<b>88</b>	¿Existe en la RAP Rocha, un sistema unificado (en red) de información:  presupuestaria y financiera?  acceso a los servicios?  calidad del servicio?	SI NO NO SABE SI NO NO SABE SI NO NO SABE
<b>89</b>	¿Usted tiene acceso a dichos sistemas?	SI NO No Correspon

		de
90	¿Existe un sistema de consulta en línea para el usuario portador de DMT2, en la policlínica?	SI NO NO SABE

<u>Dimensión:</u> <b><i>Gestión Basada en Resultados.</i></b>		
91	¿Existen mecanismos de monitoreo y evaluación del desempeño de la policlínica?	SI NO NO SABE
92	¿Existen mecanismos de monitoreo y evaluación de aplicación de las guías clínicas (DMT2) en la policlínica?	SI NO NO SABE
93	¿Usted recibe en la policlínica alguna compensación personal, de acuerdo a evaluaciones de desempeño con criterios preestablecidos?	SI NO
94	¿Existe algún sistema de evaluación del trabajo con los usuarios portadores de DMT2 en la policlínica?	SI NO NO SABE
95	¿Usted recibe en la policlínica algún incentivo por buen desempeño, relacionado al cumplimiento de objetivos en el trabajo con usuarios portadores de DMT2?	SI NO <b><i>De que tipo?</i></b>
96	¿Existen o existieron en la policlínica investigaciones (sin incluir ésta) relacionadas con los usuarios portadores de DMT2?	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE <i>pase a P98</i></b>	
97	¿Usted participó en dichas investigaciones?	SI NO
98	¿Se incorporaron los resultados de dichas investigaciones al cuidado del usuario portador de DMT2, en la policlínica?	SI NO NO SABE

**Componente: ASIGNACIÓN E INCENTIVOS**

<u>Dimensión:</u> <b><i>Financiamiento Adecuado e Incentivos Financieros Alineados con las Metas de la Red.</i></b>		
99	¿Existen incentivos financieros para la policlínica, relacionado al cumplimiento de metas asistenciales?	SI NO NO SABE
100	¿Existen incentivos financieros para la policlínica, relacionado al cumplimiento de metas asistenciales en el trabajo con los usuarios portadores de DMT2?	SI NO NO SABE



## USUARIOS

Cuestionario N°.....

### Componente: MODELO ASISTENCIAL

<u>Dimensión:</u> <i>Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades.</i>		
1	¿Conoce la policlínica que le corresponde para atender su salud?	SI NO
2	¿Concurre siempre a la misma policlínica para el control y seguimiento de su Diabetes?  <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 5px;"><b>NO pase a P4</b></div>	SI NO
3	¿Es la policlínica que se encuentra más cercana a su domicilio, trabajo o centro de estudio?	SI NO
4	¿Le han realizado en la policlínica, alguna encuesta relacionada con la Diabetes?	SI NO NO RECU ERDA
5	¿Le han realizado en la zona donde vive, alguna encuesta relacionada a temas de salud?	SI NO NO RECU ERDA

<u>Dimensión:</u> <i>Extensa Red de Establecimientos de Salud.</i>		
6	¿En la policlínica, existe un programa específico para la atención al usuario portador de DMT2?  <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 5px;"><b>NO pase a P8</b></div>	SI    NO NO SABE

7	¿Usted participa en dicho programa?	SI	NO
8	¿Si usted tuviera que internarse, conocería los hospitales de referencia de su policlínica?	SI	NO
9	¿Si usted necesita consultas con especialistas (diabetólogo, oftalmólogo, cardiólogo, nutricionista, odontólogo, etc.), sabe a qué policlínica tiene que concurrir?	SI	NO
10	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales para realizarse exámenes básicos de RX y laboratorio?	SI	NO
11	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales de referencia de su policlínica, para retirar medicamentos y material para el automonitoreo de glucemia?	SI	NO
12	<p>Cuando pide hora para un control de salud en su policlínica, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por el equipo de salud?</p> <p>1 día      ≤2 - 3 D.&gt;      ≤4 - 7D.&gt;      ≤8 - 15D.&gt;      ≤15 días      NO RECUERDA      NO SE HA CONTROLADO</p>		
13	<p>Cuando pide hora para ver a un Especialista, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por él?</p> <p>&gt;7 días      ≤8 - 15&gt;      ≤15 - 30&gt;      ≤30 - 60&gt;      ≤60 días      NO RECUERDA      NO HA VISTO ESPECIALISTAS</p>		
14	<p>¿Ha tenido dificultades para obtener los medicamentos para el tratamiento de su diabetes?</p> <p>NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      CASI SIEMPRE      SIEMPRE</p>		
15	<p>¿Ha tenido dificultades para obtener los insumos para el automonitoreo de glucemia?</p> <p>NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      CASI SIEMPRE      SIEMPRE</p>		

**Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario.**

16	¿Ha concurrido a la puerta de emergencias para realizarse los controles de Diabetes, sin sentirse en ese momento descompensado?	SI	NO
	<b>NO – NO RECUERDA – NO SE CONTROLA <i>pase a P18</i></b>	NO	RECUERDA
		A	NO SE CONTROLA
		A	
17	¿Por qué concurrió a la puerta de Emergencia y no fue a la policlínica?		

	Por los horarios de la policlínica      Por demora en conseguir cita con Médico General.      Por demora en conseguir cita con Especialista Porque no existe material para el monitoreo de la glucemia en la policlínica Otro.....
18	¿Conoce las profesiones que integran el equipo de salud de la policlínica, que trabajan en su atención?
	<b>NO pase a P20</b>
19	¿Cuáles son?
20	¿Cuándo tiene que realizarse estudios o necesita tratamiento en hospitales: le coordinan la hora desde su policlínica y le avisan?      sale de la consulta de la policlínica con el día y la hora ya agendados? va personalmente a sacar hora al hospital que corresponde?      ¿Se pide día y hora por teléfono en el hospital que corresponda? No Corresponde      Otro situación.....

<u>Dimensión: <i>Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado.</i></u>	
21	¿Concurre siempre al mismo centro asistencial a realizarse los exámenes básicos de sangre?  <div style="text-align: right;">           RX?            Ecografías?         </div>
	SI NO No se ha realizado SI NO No se ha realizado SI NO No se ha realizado
22	¿Concurre siempre al mismo centro asistencial a la consulta con: Diabetólogo/Endocrinólogo?  <div style="text-align: right;">           Cardiólogo?         </div>
	SI NO Nunca Consulte

		Lic. Enfermero (Nurse)? SI NO Nutricionista? Nunca Oftalmólogo? Consulte Odontólogo? SI NO Podólogo? Nunca Consulte SI NO Nunca Consulte SI NO Nunca Consulte SI NO Nunca Consulte SI NO Nunca Consulte SI NO Nunca Consulte
<b>23</b>	¿En alguna oportunidad le realizaron controles de salud relacionados con la DMT2, por parte de algún integrante del equipo de salud de la policlínica: en su domicilio?  en su trabajo? en su centro de estudios?	SI NO NO Recuerda SI NO NO Correspond e SI NO NO Correspond e
<b>24</b>	¿En las internaciones hospitalarias concurre siempre al centro hospitalario que le corresponde?	SI NO

		No tuve Internaciones
--	--	-----------------------

**Dimensión: Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios.**

<b>25</b>	¿Cada cuanto tiempo se controla con los siguientes especialistas:				
	Diabetólogo/Endocrinólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	<12
	MESES	NO HAY RUTINA			
	Cardiólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	<12
	MESES	NO HAY RUTINA			
	Lic. Enfermero (Nurse)?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	<12
	MESES	NO HAY RUTINA			
	Nutricionista?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	<12
	MESES	NO HAY RUTINA			
	Odontólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	<12
	MESES	NO HAY RUTINA			
Oftalmólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥		
<12 MESES	NO HAY RUTINA				
Podólogo?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥		
<12 MESES	NO HAY RUTINA				
<b>26</b>	¿Cada cuánto tiempo se realiza controles de:				
	HbA1c?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	<12
	MESES	NO HAY RUTINA			
	Glucemia?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	
	<12 MESES	NO HAY RUTINA			
	Perfil lipídico?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥	<12
	MESES	NO HAY RUTINA			
Proteinuria?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥		
<12 MESES	NO HAY RUTINA				
Microalbuminuria?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses≥	≤6 – 12Meses≥		
<12 MESES	NO HAY RUTINA				

	<p>Creatinina? &gt;3 Meses ≤3 – 6 Meses≥ ≤6 – 12Meses≥  &lt;12 MESES NO HAY RUTINA</p> <p>Peso? &gt;3 Meses ≤3 – 6 Meses≥ ≤6 – 12Meses≥  &lt;12 MESES NO HAY RUTINA</p> <p>Estatura? &gt;3 Meses ≤3 – 6 Meses≥ ≤6 – 12Meses≥  &lt;12 MESES NO HAY RUTINA</p>	
27	¿El tratamiento que usted recibe (para la DMT2), ha sido discutido con otros profesionales diferentes al médico que lo trata?	SI NO NO SABE
28	¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de la consulta con Especialistas de otras policlínicas u hospitales?	SI NO NO SABE NUNCA CONSULT E
	<b>NUNCA CONSULTE <i>pase a P30</i></b>	
29	¿Cuándo concurre a una consulta con un Especialista de otra policlínica u hospital, ¿Dicho profesional tiene un resumen de su historia clínica?	SI NO NO SABE NUNCA CONSULT E
30	¿Cuándo necesitó hospitalizarse enviaron al hospital un resumen de su historia clínica?	SI NO NO SABE NO ME HOSPITA LICE
	<b>NO ME HOSPITALICE <i>pase a P32</i></b>	
31	¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de sus internaciones hospitalarias?	SI NO NO SABE NO ME HOSPITA LICE

Dimensión: *Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.*

32	¿Usted fue orientado en los derechos que tiene como usuario del SNIS?	SI NO NO RECUER DA
33	¿Usted conoce el funcionamiento del nuevo SNIS?	SI NO NO RECUER DA
34	¿Usted fue orientado en los derechos de atención a la salud que tiene como persona portadora de DMT2?	SI NO NO RECUER DA
35	<p>¿Cuál es la percepción que usted tiene sobre el respeto de sus derechos como persona portadora de DMT2 en el sistema sanitario?</p> <p>MUY MALA      MALA      NI MALA NI BUENA      BUENA      MUY BUENA</p>	
36	¿Usted percibe que sus creencias son tomadas en cuenta por el equipo de salud de la policlínica, para el cuidado de su salud?	SI      NO
37	<p>¿Usted incorpora la medicina alternativa (por ejemplo yuyos) como parte del tratamiento de la DMT2?</p> <p style="text-align: center;"><b>NO pase a P39</b></p>	SI      NO
38	¿Lo realiza en acuerdo con el equipo de salud de la policlínica?	SI      NO
39	¿Usted percibe si su género es tomado en cuenta para el tratamiento que le realizan?	SI      NO NO Correspon de
40	<p>¿Personas de su núcleo familiar fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2?</p> <p style="text-align: center;"><b>NO – NO SABE- No Corresponde pase a P42</b></p>	SI      NO NO SABE

		No Correspon de
41	Si su respuesta es positiva, ¿esa capacitación fue a través de? CURSOS      CHARLAS      FOLLETERÍA      OTRO.....	
42	¿Personas de su entorno laboral y/o social fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2?	SI    NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE – No Corresponde <i>pase a P44</i></b>	
43	Si su respuesta es positiva, ¿esa capacitación fue a través de? CURSOS      CHARLAS      FOLLETERÍA      OTRO.....	
44	¿Usted participa en las decisiones sobre el tratamiento de su diabetes?	SI    NO

**Componente: GOBERNANZA Y ESTRATEGIA**

<u>Dimensión:</u> <i>Sistema de Gobernanza Único para toda la Red.</i>		
45	¿Usted participa directa o indirectamente, en los órganos de gobierno de la RAP Rocha?	SI    NO
46	¿Usted participa en el monitoreo y evaluación de los resultados y procesos de la policlínica?	SI    NO

<u>Dimensión:</u> <i>Participación Social Amplia.</i>		
47	¿Usted recibe información para comprender el funcionamiento de la policlínica?	SI    NO
48	¿Usted participa en el análisis y decisiones del funcionamiento de la policlínica?	SI    NO
49	¿Se han realizado en la policlínica encuestas periódicas de satisfacción de usuarios?	SI    NO NO SABE
50	¿A usted le han realizado alguna encuesta de satisfacción?	SI    NO

<u>Dimensión:</u> <i>Acción Intersectorial y Abordaje de los Determinantes de la Salud y la Equidad en Salud.</i>		
---	--	--



51	¿Existe algún Consejo Permanente, Comité Consultivo, Grupo de trabajo intersectorial u otro, que trabaje las políticas de salud en la zona de referencia de la policlínica, relacionadas con la DMT2?	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE <i>pase a P53</i></b>	
52	¿Usted participa en dichos comités o grupos de trabajo?	SI NO

**Componente: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN**

Dimensión: *Gestión Integrada de los Sistemas de Apoyo Clínico, Administrativo y Logístico*

53	<p>¿Cómo obtiene fecha y hora para:</p> <p>Exámenes de sangre?      Agenda en el último control      Ventanilla      Teléfono      Orden de llegada      Otro.....</p> <p>RX?      Agenda en el último control      Ventanilla      Teléfono      Orden de llegada      Otro.....</p> <p>Ecografías?      Agenda en el último control      Ventanilla      Teléfono      Orden de llegada      Otro.....</p> <p>Control de salud?      Agenda en el último control      Ventanilla      Teléfono      Orden de llegada      Otro.....</p> <p>Especialistas?      Agenda en el último control      Ventanilla      Teléfono      Orden de llegada      Otro.....</p>
54	<p>¿Cómo obtiene los medicamentos para el tratamiento de la DMT2?</p> <p>En la policlínica      En otra policlínica (RAP Rocha)      H. Pando</p> <p>Otro.....</p>
55	<p>¿Cómo obtiene los insumos para el automonitoreo de la glicemia?</p> <p>En la policlínica      En otra policlínica (RAP Rocha)      H. Pando</p> <p>Otro.....</p>
56	<p>¿Cómo envían las muestras de exámenes de sangre y orina al laboratorio?</p> <p>En transporte sanitario      Las lleva usted      Indistintamente      No sabe</p> <p>Otro.....</p>
57	<p>¿Cómo llegan los resultados de sus exámenes a su policlínica, para la consulta con el médico?</p> <p>Se los envía el laboratorio (papel)      Se los envía el laboratorio (Web)      Se los lleva usted      No sabe      Otro.....</p>

58	¿Existe en la RAP Rocha, un sistema de transporte sanitario que garantice su traslado a otro centro de salud en caso de necesitarlo?	SI NO NO SABE
----	--	------------------

**Dimensión: Recursos Humanos Suficientes, Competentes, Comprometidos y Valorados por la Red.**

59	¿Las descompensaciones de su Diabetes las ha resuelto en ésta red sanitaria? (o tuvo que recurrir a otros servicios sanitarios tradicionales o no)	SI NO NO Tuve Descompensaciones
60	¿Cuál es el grado de satisfacción de sus expectativas en relación al cuidado de su salud por parte del equipo sanitario de la policlínica? INSATISFECHO POCO SATISFECHO NI SATISFECHO NI INSATISFECHO SATISFECHO MUY SATISFECHO	
61	¿El tratamiento que usted recibe para la DMT2, ha sido discutido con Docentes de la Universidad?	SI NO NO SABE

**Dimensión: Sistemas de Información Integrados que vincula a todos los miembros de la Red.**

62	¿En los servicios de salud que usted concurre (sin ser ésta policlínica), cuándo consulta a un especialista o cuando se hospitaliza, tienen otra HC suya? <b>NO – NO SABE – No Corresponde pase a P64</b>	SI NO NO SABE NO Corresponde
63	¿Cuándo usted consulta a un especialista o cuando se hospitaliza, los profesionales de esos servicios a que datos acceden de la HC que está en la policlínica? A la HC completa (Web) Un resumen (Web - papel) No acceden a datos No sabe No Corresponde Otro.....	
64	¿Cómo se identifica como usuario del sistema sanitario? N° Cédula I Apellido Ambos No sabe Otro.....	
65	¿En la policlínica existe algún sistema en línea (teléfono o web), al cual usted puede acceder para consultas médicas?	SI NO NO SABE

<u>Dimensión: <i>Gestión Basada en Resultados.</i></u>		
66	¿Cuándo necesitó consultar a Especialistas, pudo acceder a ellos sin dificultad?	SI NO
	<b>NO – NO RECUERDA – No Corresponde <i>pase a P68</i></b>	NO RECUERDA A No Corresponde
67	Si tuvo dificultades, ¿se las resolvieron?	SI NO
68	¿Puede acceder a los medicamentos para el tratamiento de la Diabetes sin dificultad?	SI NO NO
	<b>NO – NO RECUERDA <i>pase a P70</i></b>	RECUERDA A
69	Si tuvo dificultades, ¿se las resolvieron?	SI NO
70	¿Puede acceder a los insumos para el monitoreo de la glucemia sin dificultad?	SI NO NO
	<b>NO – NO RECUERDA <i>pase a P72</i></b>	RECUERDA A No Corresponde
71	Si tuvo dificultades, ¿se las resolvieron?	SI NO
72	¿Existen o existieron investigaciones (sin incluir ésta) relacionadas con los usuarios portadores de DMT2, en la policlínica?	SI NO NO SABE
	<b>NO – NO SABE *****FINALIZÓ LA ENTREVISTA*****</b>	
73	¿Usted ha participado en dichas investigaciones?	SI NO NO SABE

74	¿Se incorporaron los resultados de dichas investigaciones al cuidado del usuario portador de DMT2, en la policlínica?	SI NO NO SABE
----	---	------------------

## 14.2 Anexo N° 2

### Consentimiento informado

#### **DESEMPEÑO DE LAS POLICLÍNICAS FRONTERIZAS PÚBLICAS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS.**

Yo, de iniciales \_\_\_\_\_, N° CI \_\_\_\_\_ he recibido información respecto al estudio “Evaluación del impacto de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cuidado de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. RAP Rocha. 2021 – 2022.”, cuyo objetivo es evaluar el desempeño de la red integrada de servicios de salud de la Red de Atención del Primer Nivel en Rocha, en el cuidado de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Fui debidamente informado de los riesgos y beneficios de la participación en esta investigación.

He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación, y se me ha entregado una hoja con información.

También se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee y que ello no perjudique mi persona.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

Si el participante es analfabeto

Yo, de iniciales \_\_\_\_\_, N° CI \_\_\_\_\_, he leído con exactitud y/o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmó que el individuo había dado consentimiento libremente.

\_\_\_\_\_

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco las normas correspondientes para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

c.c.p El participante.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del usuario)

## Consentimiento informado

### DESEMPEÑO DE LAS POLICLÍNICAS FRONTERIZAS PÚBLICAS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS.

Yo, de iniciales \_\_\_\_\_, N° CI \_\_\_\_\_ he recibido información respecto al estudio “Evaluación del impacto de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cuidado de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. RAP Rocha. 2021 – 2022.”, cuyo objetivo es evaluar el desempeño de la red integrada de servicios de salud de la Red de Atención del Primer Nivel en Rocha, en el cuidado de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Fui debidamente informado de los riesgos y beneficios de la participación en esta investigación.

He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación, y se me ha entregado una hoja con información.

También se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee y que ello no perjudique mi persona.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

Si el participante es analfabeto

Yo, de iniciales \_\_\_\_\_, N° CI \_\_\_\_\_, he leído con exactitud y/o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmó que el individuo había dado consentimiento libremente.

\_\_\_\_\_

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco las normas correspondientes para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

c.c.p El participante.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del usuario)



### 14.3 Anexo N° 3

#### Hoja de Información al participante

#### **DESEMPEÑO DE LAS POLICLÍNICAS FRONTERIZAS PÚBLICAS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS.**

##### **Investigación**

“Analizar la gestión del cuidado a la población adulta portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 a través del equipo de salud desde el Primer Nivel de Atención en zona de frontera.”

Esta investigación se dirige a hombres y mujeres mayores de 20 años, portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, que concurren a las Policlínicas de Chuy, Barra del Chuy y 18 de Julio de la ciudad de Rocha, pertenecientes a ASSE, y trabajadores del sector público que son los encargados del tratamiento, prevención, rehabilitación de dichos usuarios, encontrados en la Guía Práctica Clínica.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

##### **Introducción**

Esta investigación se realiza para conocer cómo se sienten atendidos los usuarios portadores de Diabetes Tipo 2 que concurren a las Policlínicas de Chuy, Barra del Chuy y 18 de Julio de la ciudad de Rocha, pertenecientes a ASSE. Se llevará a cabo por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR), que se encuentran cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería, bajo la tutoría del Prof. Mg. Milton Sbarbaro Romero.

Quienes integramos como estudiantes dicha investigación somos: Victoria Eroza, Claudia Fernandez, Stefani García, Leandro Marinho y Fiorella Rivero.

No tiene que decidir hoy el participar o no de la investigación, si prefiere antes de decidirse puede hablar con quién usted entienda y se sienta cómodo/a sobre la investigación.

Si existe algo que necesite mayor explicación me lo dice, y si surgen preguntas posteriores, me lo pregunta a mi o a la institución a la que pertenezco.

## **Propósito**

### *Selección de participantes*

Estamos invitando a los hombres y mujeres mayores de 20 años portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, a participar de la investigación.

### *Participación Voluntaria*

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Dicha participación le demandará aproximadamente 20 minutos y se realizará por medio de una entrevista, es decir se le realizarán algunas preguntas sobre la atención que recibe dentro de la policlínica. Tanto si elige participar o no, continuará recibiendo los mismos servicios y cumpliendo las mismas funciones que hasta ahora, y nada cambiará.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

### *Descripción del proceso*

Durante la investigación se mantendrá un encuentro con usted, en donde se le brindará información sobre la investigación y se obtendrá su consentimiento informado, e inmediatamente después se procederá a realizar la encuesta correspondiente.

## **Beneficios**

Esta investigación tendrá un beneficio indirecto para usted, ya que aportará información que podrá ser utilizada por las autoridades de la policlínica para mejorar el funcionamiento y el acceso a los servicios.

## *Incentivos*

El participar de ésta investigación no le dará a usted ningún tipo de incentivo ni económico ni de ningún tipo, más que el aportar al desarrollo de una investigación científica en beneficio de la población.

## *Confidencialidad*

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. La encuesta será anónima, cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

## *Derecho a negarse o retirarse*

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

## 14.3 Anexo N° 4

### Aval Comité de Ética



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Montevideo 23 Diciembre 2022

**De:** Comité de Ética

**Para :** Autores Br. Eroza Bessón , Victoria Libertad C.I: 4.550.598-8 Br.Fernández Rodríguez, Claudia Andrea CI: 4.578.112-8 Br.García Nuñez, Stefani Elizabeth C.I: 5.035.013-6 Br.Marinho Nieves, Leandro Fermín C.I: 4.567.404-0 Br.Rivero Rodríguez, Fiorella Paola C.I: 4.668.878-3

**DESEMPEÑO DE LAS POLICLÍNICAS FRONTERIZAS PÚBLICAS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS.**

- 1- El título no refleja el objetivo del estudio, sugerimos que el título sea más preciso en relación al objetivo mismo.
- 2- En la hoja de Información sería conveniente aclarar que el participante se puede retirar del estudio, excepto una vez procesado los datos.
- 3- El Consentimiento debe ser uno para usuarios y otro para funcionarios.
- 4- En el CI no se colocan iniciales ya que la garantía de confidencialidad debe protegerse de otra forma, para que sea válido el CI debe contener el nombre de la persona y firma.

---

SEDE CENTRAL: JAIME CIBILS 2810. TEL: (598) 2487-00-50 /2487-00-44 FAX: (598) 2487-00-43  
SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Avda. Italia s/n 3er piso TELE-FAX: (598) 2480-78-91/2487-69-67  
C.P.: 11600 página web: [www.fenf.edu.uy](http://www.fenf.edu.uy) correo electrónico: [secretaria@fenf.edu.uy](mailto:secretaria@fenf.edu.uy)  
Montevideo-República Oriental del Uruguay

Se aclara que se levantaron las observaciones del comité de ética antes de comenzar el trabajo de campo, siguiendo las orientaciones del mismo.

**Aval RAP ASSE - Formato Mail.**

De: José Carcabelos - ASSE <jose.carcabelos@asse.com.uy>

Para: Ana Josefina Larrosa Alvarez <anjolar@icloud.com>

CC: Karina Romero, ASSE <karina.romero@asse.com.uy>, karinaromero72  
<karinaromero72@gmail.com>

Enviado: Mon, 23 Jan 2023 12:20:05 -0300 (UYT)

Asunto: Re: Nota Asse central

Facultad de Enfermería CURE

Lic. Josefina Larrosa,

Según el acta presentada el expediente 29/068/3/8731/2021 se presentó en el Directorio de ASSE, se tomó conocimiento del proyecto en curso en la institución.

Es por lo anterior que se autoriza la aplicación del proyecto "Intervención en salud en efectores sanitarios públicos del Primer Nivel de Atención en zonas fronterizas Uruguay - Brasil 2021" en los centros de la RAP de Rocha que cumplen con las condiciones de selección para el mismo.

Dicho proyecto se aplica garantizando la protección de datos personales y el secreto profesional en el tratamiento de los datos clínicos para lo que se deben aplicar los consentimientos correspondientes.

Saluda Atte.

Dr. José Manuel Carcabelos

Equipo de Gestión

RAP de Rocha - ASSE