



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN**



# **GESTIÓN DEL CUIDADO A USUARIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN POLICLÍNICAS PÚBLICAS**

**Autores:**

Miguel Barrero  
Valeria Machin  
Cintia Messones  
Mizar Perez

**Tutoras:**

Prof. Agdo. DrC. Milton Sbárbaro  
Prof. Aste.Esp. Sebastián García

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2019**

## **Agradecimientos**

A todos los que durante el desarrollo de este trabajo de investigación nos han apoyado.

A nuestro Tutor DrC. Milton Sbarbaro por guiarnos y facilitarnos el aprendizaje en esta instancia de unión de la teoría con la práctica. Por brindarnos herramientas para alcanzar los objetivos planteados; y por la disposición y comunicación que siempre experimentamos desde él hacia nosotros. Por el respeto de nuestros tiempos de evolución, pero siempre contando con su estímulo.

A Lic. Enf. Sebastián García, docente de la Cátedra de Administración, por interesarse en todo momento de nuestros avances y por su acompañamiento.

A el personal de la Policlínica de Pie Diabético, del Hospital Pasteur por compartir con nosotros su espacio y brindarnos toda la información que fue necesaria, facilitando de ese modo nuestra tarea.

Y fundamentalmente a nuestras familias que desde el apoyo nos han acompañado, aceptando nuestras ausencias.

## **Lista de abreviaturas y siglas**

APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DMT2	Diabetes Mellitus tipo 2
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HERSS	Herramienta para Evaluar Redes de Servicios de Salud.
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAP	Red de Atención del Primer Nivel
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR	Universidad de la República

## Índice

Resumen	Página 4
Introducción	Página 7
Objetivos de la Investigación	Página 9
Fundamento	Página 10
Marco Teórico	Página 11
Metodología	Página 19
Plan de Análisis y Resultados	Página 23
Consideraciones éticas	Página 24
Análisis	Página 25
Discusión	Página 34
Conclusión	Página 37
Sugerencias	Página 38
Bibliografía	Página 39
Anexos:	
Anexo 1 Gráfica Porcentual Atributo y Sección	Página 47
Anexo 2 Herramienta Evaluatoria Redes S.de Salud	Página 48
Anexo 3 Aval Protocolo Comité de Ética, Pasteur	Página 53
Anexo 4 Consentimiento Informado, Pasteur	Página 54
Anexo 5 Hoja de Información, Pasteur	Página 56

## Resumen

Este trabajo fue realizado por cuatro estudiantes de Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República, cursando el cuarto Ciclo de la Carrera de Licenciatura en Enfermería.

Se propuso conocer la percepción del usuario en cuanto al cuidado recibido, 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 el 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 en cuestión con un enfoque en garantía de calidad evaluada desde la perspectiva de los usuarios.

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 la herramienta de evaluación de redes de servicios de salud (HERRS), que forma parte del procedimiento mencionado, los mismos fueron ingresados a una hoja de cálculo para su análisis.

En el análisis se identificó un índice de desempeño bajo  $\leq 5$  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. Pudiendo verse resentida su atención sanitaria y vulnerados sus derechos en tanto, no se ha

logrado modificar la fragmentación ni las inequidades para los cuales el Sistema Nacional Integrado de Salud.

## **Palabras claves**

Calidad - Gestión del cuidado – Percepción- Desempeño - Redes Integradas de Servicios de Salud

## Introducción

El siguiente trabajo de investigación busca describir la percepción del Cuidado que los usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), asistidos en la Policlínica de Pie Diabético de un hospital, integrante de la Red Pública de Salud poseen.

Dicha investigación, fue llevada adelante por cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República (UDELAR), del Plan 93; la misma se desarrolló dentro del ámbito y bajo la tutoría de la Cátedra de Administración en el período de Abril 2018 a Setiembre de 2019.

La implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), han sido la respuesta estratégica a las necesidades de cambio en la atención de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han estimulado en América Latina. Se han utilizado como forma de fortalecimiento de los sistemas sanitarios, con el fin de entre otros aspectos, de disminuir las inequidades dentro de la población de nuestro continente en el acceso y la atención sanitaria. Concibiendo la salud como derecho fundamental, inalienable y de responsabilidad gubernamental.

Si bien se han implementado RISS en países de la región, son escasas las investigaciones que midan la calidad de atención de las mismas. Encontrando muy pocas investigaciones previas relacionados con análisis en gestión en el cuidado del usuario portador de diabetes. En nuestro país fue desarrollado: “El Procedimiento para Evaluar el Desempeño de Redes Integradas de Servicios Públicos de Salud” (HERSS) (Sbárbaro, M., 2017, p.p. 20-42); en estos últimos años, respondiendo a la necesidad de realizar mediciones de este tipo.

Se utilizó este procedimiento en la siguiente investigación.

La metodología utilizada en la investigación fue de tipo: descriptivo, transversal, con muestreo estratificado simple.

Se tomó como universo a todos los usuarios DMT2, atendidos en dicho servicio en el período Enero- Julio 2019.

Resulta como principal motivación al desarrollo de esta investigación, el conocer el funcionamiento de esta Red de Salud y si ésta cumple con los estándares establecidos, en lo que hace a la atención de esta población, según los lineamientos de calidad trazados por la Administración de los Servicios de Salud el Estado (ASSE), a través de las Guías de

## Atención al Usuario Portador de DMT2.

Entendemos calidad en salud, según la visión de Donabedián, como: “ la aplicación del conocimiento Médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficio con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente...conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente” (Donabedián, A., 1966, p.166)

## **Objetivos de la Investigación**

### Objetivo General:

- Analizar el cuidado brindado a los usuarios, portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, desde su percepción, en la Policlínica de Pie diabético de un Hospital Público, de referencia nacional, con los estándares de calidad establecidos por ASSE.

### Objetivos específicos:

- Conocer el número de usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, atendida en el servicio.
- Describir la atención percibida por el usuario dentro de la policlínica
- Describir los lineamientos planteados por ASSE en cuanto a la atención de usuarios, portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, a través de la “Guía de práctica clínica de Diabetes Mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio”.

## **Fundamentación**

Resulta fundamental poder realizar la medición de desempeño de esta Red de Salud dadas las características de la población a la que sirve, y la falta de evaluaciones a través de procedimientos que fortalezcan una administración científica de los servicios. La información obtenida es la base para poder realizar ajustes en las políticas de abordajes del cuidado de la población.

También consideramos necesaria la formación de nuestra disciplina como Enfermeros, en estos aspectos que hacen a la Gestión de los Servicios Sanitarios; pudiendo utilizar herramientas ya creadas sumando así no solo información, sino desplegando una de las funciones primordiales de nuestro rol universitario que es la investigación.

Como punto de partida se toma al usuario y su percepción del cuidado, considerándolo como centro y fin del sistema sanitario. Se intenta realizar una reflexión sobre el cuidado desde la visión de la población, considerándola esencial, en cualquier medición de calidad de un servicio.

## Marco Teórico

Consideramos para el inicio de cualquier abordaje teórico dentro de nuestra área de conocimiento, el área sanitaria, comenzar definiendo qué entendemos por salud. En nuestro caso coincidimos en la definición conceptual de que:

La salud es un producto y un proceso social. Es el resultado de complejas interacciones entre los procesos económicos, biológicos, etnográficos, culturales y sociales, que determinan el grado de desarrollo integral, mientras que, como proceso social, está sustentada en la coordinación y organización de los aportes de los múltiples actores relacionados con el estilo de vida, las condiciones de vida y el modo de vida. Se vinculan directamente con el bienestar de los individuos y las poblaciones (Álvarez, S., 2008, p.75).

Es un producto humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación. Dentro del proceso debe garantizarse la equidad, es decir similares recursos para similares necesidades. La condición fundamental para esto es la accesibilidad que se ve facilitada por el adecuado aprovechamiento de los recursos existentes.

El abordaje de la temática sobre salud, no es por tanto exclusividad de personal sanitario, resulta esencial la participación de todos los actores sociales, dado lo complejo, vasto e interconectado de su abordaje. Hablamos entonces de intersectorialidad, donde existe participación coordinada de instituciones, en el enfoque de los temas de salud de la población y comunidades, buscando siempre el mayor bienestar de las mismas.

Utilizaremos el concepto de la OMS al referirnos a Sistema de Salud, el mismo dice que: “es el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover y recuperar y/o mejorar la salud de la gente” (OPS. 2015, p.8). Las funciones de este son la rectoría, el financiamiento y prestación de servicios de salud. Las características del Sistema de Salud de cada país están dadas por su devenir histórico, situación socioeconómica, políticas sociales y directivas políticas del gobierno.

Los modelos aplicados a nivel de América Latina y el Caribe fragmentaron la atención sanitaria, orientándose a sectores específicos de la población, con determinadas realidades, ingresos, sectores étnicos, diferenciando lo rural de lo urbano, etc. De este modo aumentaron las diferencias.

Existen diferentes metodologías de abordaje de las problemáticas de salud, estableciéndose así Modelos Asistenciales.

Se define Modelo Asistencial de la siguiente manera:

(...) una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación. O sea que valida o invalida otras prácticas. Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos Salud – enfermedad – atención, de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos (OPS. 2006, p.61).

En el año 2010 OPS inicia la implementación como estrategia, de las Redes Integradas de los Servicios de Salud, en respuesta a la situación crítica de salud de América Latina. Esta situación crítica de los Sistemas Sanitarios se caracterizó por la fragmentación, con un casi nulo grado de integración, con esfuerzos aislados y descoordinados, con una atención de baja calidad.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, o Sistemas Clínicamente Integrados, u Organizaciones Sanitarias Integradas, pueden definirse como:

(...) una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve ( Shortell, S, Anderson, D, Gilles, R. Mitchell,J, K. Morgan 1993 apud, OPS. 2010, p.31).

En la actualidad existen una gran variedad de modelos de RISS. La mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse de acuerdo a tres categorías generales:

- i)Sistemas que integran solamente personal de salud;
- ii)Sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud;
- iii)Sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de la Salud.

También pueden existir redes locales (ej. redes de servicios municipales), redes regionales (ej. redes de servicios provinciales) y redes de servicios nacionales (ej. redes de referencia nacionales). Como se desprende de la definición anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Una de las formas de abordaje es por medio de contratos entre diferentes servicios o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. (Vilaça. E. 2013, p.64).

Por este motivo podemos decir que las RISS permiten buscar alternativas para la complementación de servicios y entre diferentes organizaciones de distinta naturaleza

jurídica, ya sean públicas o privadas.

El concepto de RISS provee también un marco de trabajo adecuado para la colaboración entre distintos países a través de esfuerzos tales como la complementación de servicios en fronteras comunes y los “servicios compartidos” de las islas pequeñas del Caribe (Vilaça, E. 2013, p.65).

Se concibe a la fragmentación como: “coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial” (Vilaça, E. 2013, p.50).

La fragmentación queda ejemplificada a través de:

- la incapacidad de resolución del primer nivel de atención
- uso de urgencias para acceder a especialistas, evadiendo la consulta ambulatoria.
- prolongación de estadía en hospitales por dificultades para dar altas a usuarios con problemáticas sociales.
- dificultades en el acceso de la población a los servicios.
- pérdida de continuidad en la región.
- demanda reprimida.
- listas de espera.
- derivaciones tardías.
- para solucionar un problema de salud múltiples visitas a centros asistenciales.
- repetición innecesaria de pruebas diagnósticas.

Y también como respuesta a la segmentación por capacidad de pago, entendiendo esta como: “coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos especializado en diferentes estratos de la población de acuerdo a su nivel de inserción laboral, nivel de ingresos, capacidad de pago y posición social” (OPS,OMS. 2010, p.31).

Son puerta de entrada al sistema y tienen como fin la: “atención a poblaciones saludables y sus factores de riesgo, el diagnóstico y primer tratamiento, que atienda la fase inicial del tratamiento de la enfermedad, la fase avanzada y la fase terminal del mismo” (Vilaça, E. 2103, p.62). Con integración de servicios, brindando: “atención eficaz en el lugar más apropiado, con directrices clínicas con foco en la realidad” (Vilaça, E. 2013, p.86), con la concepción de abordaje multidisciplinario, capacitados y en constante actualización de conocimientos.

Apuntando esencialmente a la prevención y promoción sanitarias. Siendo un Sistema de colaboración en masa.

La fragmentación ha estimulado la concepción:

(...) visión de estructura jerárquica, definida por niveles de “complejidades” crecientes, y con relaciones de orden y grados de importancia entre los diferentes niveles, lo que caracteriza una jerarquía. (...) Tal visión presenta serios problemas teóricos y operacionales. Ella se fundamenta en un concepto de complejidad equivocado, al establecer que la atención primaria de salud es menos compleja que la atención en los niveles secundario y terciario. Ese concepto distorsionado de complejidad lleva, consciente o inconscientemente, a una banalización de la atención primaria de salud y a una sobrevalorización, ya sea material o simbólica, de las prácticas que exigen mayor densidad tecnológica y que son ejercidas en los niveles secundario y terciario de atención de salud (OPS. 2010, p.35).

Algunos países han evaluado algunas experiencias implementadas para mejorar el acceso a los sistemas de salud. Ejemplo de esto es Cuba, investigó la presencia de los atributos reconocidos por la OPS para las redes.

¿Cuáles son esos atributos? son atributos esenciales que deben existir en una RISS según OPS. Uno de ellos y centro de esta investigación será: el Modelo Asistencial.

Explica la OMS, que el Modelo Asistencial, es la forma como se organizan los Servicios de Salud para contribuir a una función colectiva. En América Latina y el Caribe los cambios en el área salud han sido estimulados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y financiados por Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Se fortaleció de este modo el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS). Entendemos APS como:

(...) la asistencia accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país” ... “es el núcleo de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (Donabedian, A. 2001, p. 98).

Entendiendo que su desarrollo, así como la responsabilidad del mismo no recae solamente en el sector salud, siendo una responsabilidad multisectorial.

Tras las reformas en el sector salud en la década de los 90 en modelos económicos liberales mostraron su amplio fracaso. Como consecuencia se desarrollaron privatizaciones, servicios con separación de funciones que no tomaban en cuenta al usuario. La OPS plantea reformas para disminuir las inequidades, valorar las APS como estrategia sanitaria, integrar los sistemas de salud. Introducción de la evaluación de los sistemas y sus componentes, con una medicina basada en evidencias.

En el año 2007 a nivel nacional se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo. La creación del sistema

plantea la necesidad, de perfeccionamiento de un marco regulatorio, con normativa que permita la fiscalización.

Se crea la estructura ejecutiva dentro del Ministerio de Salud Pública (MSP), potestando a este para la supervisión y fiscalización sobre todas las instituciones prestadoras de salud del país.

En Uruguay se aprueba la ley 18.211 que se plantea generar los siguientes cambios en el sistema sanitario de nuestro país:

- definición de subsistema público, sub sistema privado y Fondo Nacional de Recursos (FNR).
- reforma financiera con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) quien pasa a ser el recaudador financiero del sistema. Recaudando ingresos de trabajadores, empleadores, jubilados y rentas generales
- reforma en modelo de gestión, con creación de nueva reglamentación.
- ASSE como organismo descentralizado.
- Cambios en el modelo de atención, fortaleciendo estrategia de APS, fortalecimiento de Primer Nivel de atención. Creación de Red de Atención Primaria (RAP).
- Adquiere relevancia la organización del sistema sanitario en redes por nivel de atención
- organización del sistema en cuatro regiones: este, oeste, norte
- y sur. (Parlamento Nacional. 2007)

ASSE se plantea: “ser la organización referente en atención a la salud a nivel nacional que promueva una atención humanizada, de acceso equitativo y que brinde un servicio de excelencia” (ASSE. 2016). Siendo el prestador que brindará atención a quienes opten por él, extranjeros llegados a nuestro país e indigentes. Para el año 2016 llegando a ser el proveedor de salud de 1.250.869 personas.

Uno de los cambios en este pensar la salud ha sido la introducción del concepto de calidad. Concebimos la Calidad de los Servicios de Salud, con total coincidencia con Donabedian: “ la búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional” (Donabedian, A. 1993).

El proceso mejora de la calidad, se logra con la participación de los diferentes actores. En el caso de los sistemas sanitarios con la participación de la comunidad científica, los profesionales, estableciendo estándares científicos, los usuarios, volcando sus expectativas y aspiraciones, aportando a las decisiones y estrategias y la comunidad,

involucrando aspectos comunitarios. Considerando la elevación de la calidad como uno de los mecanismos para mejorar los resultados de salud y medir el actuar profesional.

La calidad se fundamenta según el lineamiento del mismo autor en la eficacia, concibiendo esta como la capacidad de la ciencia para conseguir mejorar la salud, es la mejor actuación posible, el beneficio máximo alcanzable (Zurita, B. 2001, p.p. 79- 95).

La efectividad, la atención que ante la medición logra mejorar la salud, es un resultado alcanzado.

La optimización, referida a la gestión de recursos, entendiendo esta como la búsqueda de la mejor estrategia para alcanzar un objetivo.

La aceptabilidad, es la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y valores de los involucrados.

La legitimidad entendida como aceptabilidad de los individuos ocupándose del bienestar de la colectividad.

Y por último la equidad que es lo justo en cuanto a la distribución de la atención de salud. El desempeño de los sistemas de salud varían ampliamente. El primer paso consiste en definir los límites del sistema de salud .

El concepto de desempeño, como aspecto que colabora en la medición de la calidad, gira en torno a tres metas fundamentales : mejorar la salud, aumentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad .

El desempeño depende de la manera en que el sistema de salud organice cuatro funciones claves : la rectora, la financiación, la prestación de servicios y la generación de recursos . Estudiando estas cuatro funciones y la manera en que se combinan se puede plantear cambio de política radicales y no sólo los determinantes inmediatos del desempeño de salud (Murray, C., Frenk, J. 2000, p. 150)

Se establece la necesidad de realizar estudios de desempeño para mejorar calidad de los servicios de salud. La OPS plantea que la inversión en salud aumenta la prosperidad ya que una población sana contribuye a una “economía dinámica”. A su vez disminuye los “gastos en salud y problemas sociales”, generando como último aspecto “clima general de estabilidad social y bienestar” (Murray, C., Frenk, J. 2000, p.p. 149 - 162).

La Gestión del Cuidado centro y corazón del pensamiento y rol del del enfermero profesional toma relevancia ante los problemáticas de salud de individuos y poblaciones.

Dicha gestión como tal cuenta con múltiples facetas donde lo profesional y lo institucional deben ir por el mismo camino. Resulta ser de gran importancia la capacitación y

participación a nivel asistencial así como gerencial del Licenciado en Enfermería, dado lo central de este concepto y formación, dentro de su rol profesional.

Concebimos al proceso del cuidar, como elemento transformador del objeto fundamental del sistema que resulta ser el usuario y su familia.

En esta investigación nos basamos en la percepción que los usuarios de DMT2, poseen sobre el cuidado recibido dentro de la policlínica ya mencionada.

Concebimos percepción, como la elaboración e interpretación de los estímulos captados del entorno. Es un proceso en el área cognitiva, de carácter individual. En este proceso, cada individuo realiza de forma diferente, una comparación entre una serie de preconceptos que él posee como adquiridos, y la realidad; de este modo puede discriminar más rápidamente aspectos de su entorno. Las impresiones cuentan con una cierta estructura, donde hay cualidades centrales y periféricas. Las cualidades dentro de la estructura individual adquieren una valoración propia influenciada por los grupos donde el individuo ha transitado iniciando en su familia (Monje.P, Miranda. P, Oyarzún.J, Seguel. F y E Flores. 2018, p.p. 5-10).

Dentro del área sanitaria, según Ayala 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 (Ayala, R., Torres, M., Calvo, M. 2014, p.181).

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, Barrera y Torres (2014, p. 181) definen la Gestión de 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”.

Como mencionamos antes va más allá de impulsos individuales, la gestión adecuada de cuidados debe contar con el compromiso y visión institucional, donde se conciba el mismo como cuidado planificado, teniendo en cuenta los recursos, con el objetivo de satisfacer las necesidades del usuario (Ayala, R., Torres, M., Calvo, M. 2014, p. 181).

En nuestro caso la descripción que realizaremos se centra de manera directa en este aspecto, como será la percepción de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, del cuidado brindado, dentro de la policlínica de pie diabético de un Hospital Público, y su

comparación con la metas trazadas. La forma como se gestiona dicho cuidado afectará de forma directa la calidad del mismo.

Siendo la diabetes una de las patologías crónicas con mayor prevalencia en nuestro país y a nivel mundial, la OMS la considera como problema de salud pública.

Como menciona Rivera, E (2014, p. 2): “En 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se esperan alrededor de 30 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un ascenso de 35% en la prevalencia, predominando el sexo femenino y siendo el más frecuente en edades de 45 a 64 años”.

La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en países en vía de desarrollo, siendo la mujer el sexo con mayor frecuencia en países desarrollados.

La prevalencia más altas del mundo se observan en el Medio Oriente (Rivera, E. 2014, p. 5).

En el año 2017 se realiza la “Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio” por parte de ASSE, basado en estudios que establecieron consensos de atención de la enfermedad (Arbelo, A., Gambogi, R., Pereyra, E., Sola, L., E. Skapino. 2017). Esta guía establece la características de la atención que se debe brindar al usuario portador de esta patología, en el ámbito ambulatorio teniendo en cuenta diferentes aspectos tales como:

- Abordaje multidisciplinario, presencia del Licenciado en Enfermería, quien centraliza la Gestión de Cuidado.
- Factores de riesgo y abordaje de los mismos, educación, prevención, actividades con ese objetivo.
- Formas de diagnóstico.
- Fármacos utilizados en el debut.
- Auto control, monitoreo de glucosa capilar.
- Plan nutricional.
- Metas esperables de control, cifras de glucosa.
- Control de perfil lipídico.
- Frecuencia de control oftalmológico.
- Evaluación de nefropatías y pautas de nefroprevención.
- Frecuencia de consultas del usuario.
- Pautas diagnósticas y tratamiento de pie diabético.
- Criterios de derivación a especialistas, entre otras.

## **Metodología**

Se utilizó un diseño de estudio de tipo descriptivo, ya que se observó, describió y documentó el problema elegido, en este caso fueron las características de la Gestión del Cuidado a los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo 2 asistidos dentro de la Policlínica de Atención a Usuarios portadores de Diabetes de un Hospital Público.

A través de esta descripción nos fue posible correlacionar, clasificar, señalar, evaluar, comparar con los estándares establecidos por el efector de salud, en este caso ASSE.

No se intervinieron, ni manipularon las variables, se observó la realidad y como el objeto de estudio se comportó de manera natural.

Entendiendo por variable las propiedades, características o atributos que puede darse en ciertos sujetos o pueden darse en grados o modalidades diferentes, que nos permitieron clasificar y ubicar a los individuos en categorías o clases y fueron susceptibles de ser identificadas y medidas (Polit, H. 2000, p. 148).

No teniendo grupo de comparación.

Este estudio fue de tipo Transversal ya que se realizó una descripción de la realidad en un momento específico. Los fenómenos se captaron durante un periodo de recolección de datos, en el caso de esta investigación fue el período de tiempo de Julio a Setiembre de 2019.

Este tipo de estudio fue adecuado para describir estos determinados fenómenos y la relación entre ellos en un momento dado.

La principal ventaja de estos diseños es que son prácticos, económicos y fáciles de aplicar.

### **Universo y muestra**

El Universo se compuso por todos los usuarios mayores de 20 años, atendidos en la Policlínica de Atención a Usuarios diabéticos del Hospital Público, portadores de diabetes mellitus tipo 2, en el período de Enero - Julio de 2019, siendo un universo constituido por 179 usuarios que se caracterizan por ser en su mayoría adultos mayores en un rango de 60-74 años con un porcentaje del 81% siendo el mismo un 66% del sexo femenino y 91% residen en Montevideo.

Tomamos como criterio de inclusión el ser atendido en la policlínica de Atención al

Usuario Diabético, portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, del Hospital en el período de Enero hasta Julio de 2019.

Y como criterios de exclusión del estudio:

- negativa a participar
- patología psíquica limitante que impida comunicación o comprensión.

## **Muestreo**

El tipo de muestreo fue aleatorio simple quedando conformado por 122 usuarios.

## **Procedimiento para la recolección de datos**

Se utilizó el “Procedimiento para para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud, en el Primer Nivel en el contexto Uruguayo” ( Sbárbaro, M. 2017, p.p. 20-42). En este caso, se siguió una serie de pasos establecidos en el mismo procedimiento y donde solo se abordó el componente Modelo Asistencial.

## **Conceptualización de las Variables:**

Como mencionamos anteriormente una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. En este caso tomamos como macro variable el Modelo Asistencial, atributo esencial para el funcionamiento de una RISS, definido tanto por OPS y asumido también en el ámbito de nuestro país por ASSE.

Este servicio se encuentra incerto en un servicio de segundo nivel, pero la estrategia de abordaje, la filosofía y el enfoque de trabajo asumido por ASSE, también en este nivel, es el del RISS.

Es la estructura que presenta el sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades de la población asignada. Esta es una variable de tipo compleja es decir que pueden descomponerse en al menos dos atributos ( Polit, H. 2000, p.p. 126 - 128). Los atributos constituyen sub variables o variables con un nivel más cercano al indicador, pero que también cuentan con sub atributos.

Los atributos en este caso fueron las siguientes (extraídos de la Herramientas para

Evaluar Redes de Servicios de Salud, Sbarbaro, M. 2017) :

1- Población con territorio geográfico definido, así como conocimiento de las características de dicha región y sus necesidades sanitarias. Que a su vez podemos descomponer en :

- Área geográfica.
- Conocimiento de la población a asistir.
- Conocimientos de las necesidades de los usuarios portadores de DMT2

2- Red de establecimientos de Salud, para la atención en diferentes etapas de proceso: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Sub dividido en:

- Programas de salud enfocados en la atención del usuario con DMT2.
- Referencias al segundo nivel de atención.
- Referencias dentro del primer nivel de atención.
- Relación profesionales/ población.
- Estándares de calidad.

3- Primer nivel de atención con capacidad resolutoria de la mayoría de los problemas sanitarios allí planteados. Considerado la puerta de entrada al sistema.

Subdividido en:

- Equipo multidisciplinario
- Coordinación con el resto de los niveles de atención.

4- Prestación de servicios de salud especializados en el lugar más apropiado. Hace referencia a la atención basada en las mejores evidencias científicas y solo se toma en cuenta: la organización de los recursos dentro de la red, este atributo fue abordado en solo una dimensión.

5- Coordinación de atención, entre servicios así como los diferentes niveles que garanticen el mejor e igual tratamiento a cualquier usuario de la red sin importar el efector de salud donde sea atendido dentro de la misma, subdividido en :

- Guía de prácticas clínicas y/o protocolos de atención de los usuarios con DMT2
- Equipos de trabajo multidisciplinario
- Mecanismos de referencia y contrareferencia.

6- Atención centrada en la persona, familia y comunidad. Con concepción de cuidado integral del individuo tomando por tanto en cuenta aspectos sociales y culturales. Dimensiones en las que subdivide:

- Personal capacitado en este nuevo modelo asistencial.

- Personal capacitado sobre los derechos y deberes de los usuarios en general y en especial de los de DMT2 en cuanto a aspectos holísticos, enfoque familiar y comunitario.

## **Plan de análisis de resultados**

Se utilizó el programa informático Excel para realizar una base de datos la que se elaboró, tras realizar una revisión de todas las historias clínicas del servicio.

De allí se extrajo el total de usuarios portadores de DMT2 atendidos en el servicio. Se procedió a realizar un ordenamiento basado en número de cédula de identidad.

Luego de tener el total de usuarios portadores de DMT2, que resultó ser de 179 se realizó mediante el programa Fistera un muestreo aleatorio que nos brindó un tamaño muestral de 122 usuarios, seguido de esto se coordinaron las entrevistas.

Dichas entrevistas se coordinaron de forma telefónica, acordando con cada usuario y se realizaron de forma verbal y presencial en el servicio al momento del control médico preestablecido o en domicilio del mismo.

## **Aspectos éticos**

El protocolo de esta investigación fue presentado tal como lo establece el Decreto del MSP 159/19 (IMPO. 2008).

Del mismo modo fue presentado en el Comité de Ética de la Investigación de Facultad de Enfermería para su evaluación, con fecha de aprobación 20/12/2018. (Anexo 3).

Siguiendo esa misma normativa se aplicó el consentimiento informado (Anexo 4), para la realización de las entrevistas con los usuarios del servicio (Anexo 5).

Se garantizó la confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en cuanto a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos (AMM. 1964.).

Así como con el Código Deontológico de Enfermería (CIE. 2012).

## Análisis

La policlínica de Pie diabético del Hospital, se encuentra dentro del Segundo Nivel de Atención, pero en su Modelo de Atención, se rige en forma general por la normativa de ASSE, en relación a trabajar con un enfoque de Redes Integradas de Salud. Por este motivo es que se toma dicha normativa y sus lineamientos, como estándar de calidad, con el que se comparan los hallazgos realizados en el servicio.

Al realizar el análisis global del componente Modelo de Atención, se observó que el mismo cuenta con un bajo índice de desempeño, siendo este de 0.49, ubicándose en niveles bajos dentro de la clasificación de la herramienta HERSS.

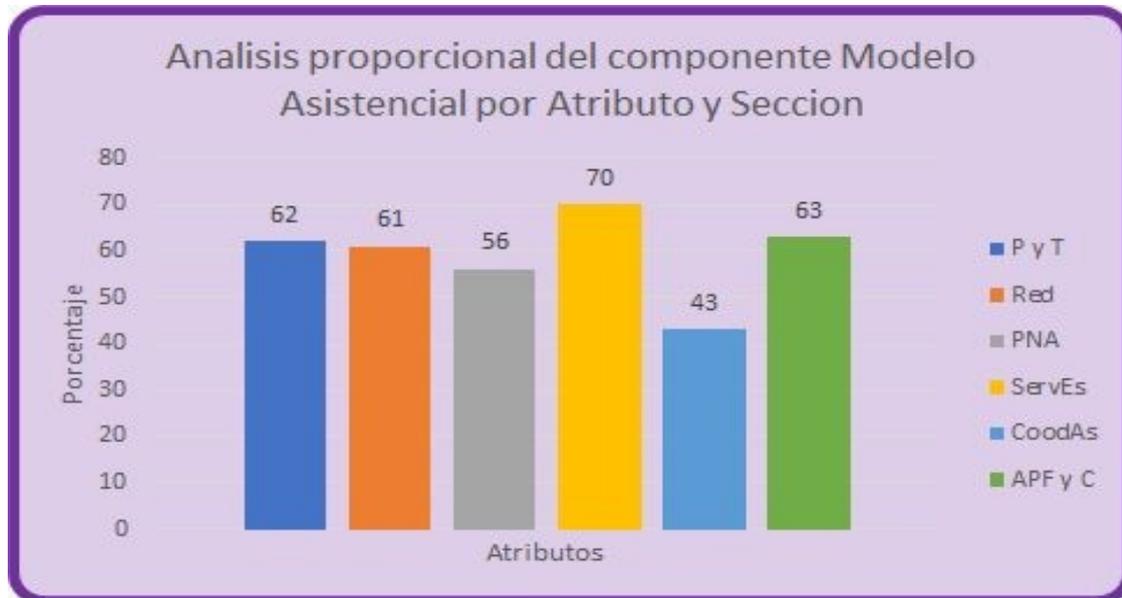
El índice de desempeño de este componente, se calcula en base al análisis de las seis dimensiones que lo integran. Se recabaron datos por medio de entrevista a los usuarios, que abordaron diversos aspectos de cada dimensión.

Fórmulas utilizadas:

$$\text{Índice de Desempeño de Sector de la Red}$$
$$\text{IDSR} = \frac{\text{Total de ítems válidos del sector}}{\text{Total de ítems del sector}}$$

$$\text{Índice de Desempeño de Componentes de la Red}$$
$$\text{IDCR} = \frac{\text{Total de ítems válidos del componente}}{\text{Total de ítems del componente}}$$

El componente modelo de atención presenta seis dimensiones, según el enfoque tomado por ASSE para el trabajo en redes, los cuales analizaremos en forma general y luego los desglosamos para su análisis particular.



### Dimensión población y territorio

ASPECTOS	PORCENTAJE
Conocimiento que los usuarios refirieron poseer de sus necesidades dada su patología	62%
Realiza seguimiento de su patología	86,6%
Realización de encuestas de salud	16,2%

En relación a la dimensión definida como población y territorio a cargo, se destaca como uno de sus aspectos, el conocimiento que los usuarios refirieron poseer de sus necesidades dada su patología, que asciende a un 62 %, del total. Del mismo resulta interesante destacar que el 86.6% de los usuarios manifiesta realizar el seguimiento de su patología en el servicio donde se desarrolla la investigación.

Se identifica como debilidad, la escasa realización de encuestas de salud que los usuarios identifican, con un escaso 16.2 %.

### **Dimensión Red de establecimientos de salud para la prestación de servicios sanitarios**

ASPECTOS	PORCENTAJE
Conocimiento que los usuarios refieren en relación a programas que abordan su patología	58,5%
Conocimiento que los usuarios refieren tener, sobre el Centro de Referencia	94,4%
Conocen los lugares donde realizarse paraclínica y estudios radiológicos	98,8%
Usuarios que solicitaron control de salud, no accedió a consulta según los parámetros establecidos por ASSE	98.2%
Usuarios que solicitaron consulta con especialista accedieron a ella dentro de	11.7%

los estándares establecidos	
Usuarios percibe no presentar dificultades al momento de la obtención de medicación para su tratamiento	60.3%
Sin dificultades en la obtención de materiales para el monitoreo de glicemia	63%
Usuarios refieren no haber concurrido a realizarse monitoreos de glicemia a puerta de emergencia	54.9%

Como segunda dimensión encontramos a la Red de Establecimientos de Salud para la prestación de Servicios Sanitarios, posee una fortaleza parcialmente alta de 61 %. Dentro de esta dimensión se indagó sobre el conocimiento que el usuario percibe que posee en relación a características generales del servicio de salud, en que se atiende. Destaca de los datos obtenidos, el conocimiento que los usuarios refieren en relación a programas que abordan su patología dentro del servicio de salud, alcanzando un 58.5% del total de entrevistados. Resulta alta también la medición en relación al conocimiento que los usuarios refieren tener, sobre el Centro de Referencia de segundo nivel que le corresponde en caso de internación, ascendiendo a un 94.4%.

El 98.8 % de los usuarios manifestó conocer los lugares donde realizarse paraclínica y estudios radiológicos.

En cuanto al aspecto más bajo de este atributo, el 98.2% de los usuarios que solicitaron control de salud, no accedió a consulta según los parámetros establecidos por ASSE. Por otra parte, el 11.7% de los usuarios que solicitaron consulta con especialista, accedieron a ella dentro de los estándares establecidos.

El 60.3% de los usuarios percibe no presentar dificultades al momento de la obtención de medicación para su tratamiento; mientras que un 63% no ha presentado nunca dificultades en la obtención de materiales para el monitoreo de glicemia.

En el 54.9% de los casos los usuarios refieren no haber concurrido a realizarse

monitoreos de glicemia a puerta de emergencia.

### **Dimensión Primer Nivel de Atención Multidisciplinario**

ASPECTOS	PORCENTAJE
Conocen la integración del equipo de atención	71.1 %
Manifestó identificar al Licenciado en Enfermería como parte del equipo asistencial	44.1%

Dentro de la tercer dimensión, Primer Nivel de Atención Multidisciplinario, refirieron conocer la integración del equipo de atención en el 71.1 %, de los casos. Del total de usuarios encuestados, el 44.1% manifestó identificar al Licenciado en Enfermería como parte del equipo asistencial.

### **Dimensión prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado**

ASPECTOS	PORCENTAJE
Usuarios, manifestaron concurrir al mismo servicio, donde centralizan su atención	70%
Usuarios, refieren que se le realizó algún tipo de encuesta de salud en su domicilio	17.1%

La cuarto dimensión, que refiere a la prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado. El resultado al que se abordó, nos dice que en un 70% los usuarios, manifestaron

concurrir al mismo servicio, donde centralizan su atención. Es Allí el lugar en el que reciben atención y realizan paraclínica y otros controles . Como aspecto de debilidad, se identifica que solo al 17.1% de los usuarios, refiere que se le realizó algún tipo de encuesta de salud en su domicilio.

### **Dimensión Mecanismos de Coordinación Asistencial en todo el Sistema**

ASPECTOS	PORCENTAJE
Usuarios encuestados, identificaron mecanismos de coordinación entre servicios y niveles	43%
Cumplen con la frecuencia de atención con Diabetólogo	63.9%
Cardiólogo	59%,
Licenciado en Enfermería	28 %
Nutricionista	28.8 %
Odontólogo	12.6 %,
Oftalmólogo	20, 7 %
Podología	15,3 %
Controles paraclínicos: Hemoglobina glicosilada	0%
Glicemia	59.4%

Perfil lipídico	0%
Proteinuria	0%
Microalbuminuria	0.9%
Creatinina	0%
Controles antropométricos	61%

La dimensión definida como Mecanismos de Coordinación Asistencial en todo el Sistema, podemos identificar que en un 43% de los usuarios encuestados, identificaron algún tipo de mecanismos de coordinación entre servicios y niveles. Aspecto sumamente significativo dada la importancia en el abordaje de esta población específica de la necesidad de óptimo funcionamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia que eleven la calidad de atención.

En relación a la consulta clínica con especialistas, podemos ver que del total de usuarios, el 63.9% cumplen con la frecuencia de atención con Diabetólogo, Cardiólogo 59%, 28 % en el caso del Licenciado en Enfermería, 28.8 % Nutricionista, 12.6 % Odontólogo, 20, 7 % Oftalmólogo y Podología 15,3 %, es decir que en la mayoría de las especialidades las interconsultas están muy por debajo de los índices esperados. Surge del mismo modo de los datos el desconocimiento por parte de los usuarios de registros realizados por especialistas, en su historia clínica o informes de referencia y contrarreferencia.

En cuanto a los controles paraclínicos destacamos la baja o nula coincidencia con los estándares esperados ( hemoglobina glicosilada 0%, glicemia 59.4%, perfil lipídico 0%, proteinuria 0%, microalbuminuria 0.9%, creatinina 0%, controles antropométricos 61%).

### Dimensión Atención centrada en la persona, familia y comunidad

ASPECTOS	PORCENTAJES
Percepción que los usuarios poseen, en cuanto a la incorporación de sus creencias en el cuidado de su Salud	77.4 %
Participación en las decisiones en relación a su tratamiento	78.3%
Respeto a sus derechos como portadoras de DMT2	66.6 %
Manifiesta conocer sus derechos dentro del SNIS.	27 %
Refirió que su familia recibió capacitación desde el servicio de salud en relación al cuidado	42.3 %
Dice incorporar algún aspecto de medicina alternativa a su tratamiento	37.8 %
Realiza la misma en conjunto con el conocimiento del equipo asistencial	10.5%
Mujeres refirieron que su género es tomado en cuenta para el cuidado de su salud	53.1%

Resaltan en el análisis la percepción que los usuarios poseen, en cuanto a la incorporación de sus creencias en el cuidado de su salud con un 77.4 %, así como su participación en las decisiones en relación a su tratamiento 78.3%, el respeto a sus derechos como portadoras de DMT2 con un 66.6 %.

Como aspectos de debilidad encontramos que solo el 27 % manifiesta conocer sus derechos dentro del SNIS. De la totalidad de usuarios el 42.3 % refirió que su familia recibió capacitación desde el servicio de salud en relación al cuidado. Del total de usuarios, el 37.8 % dice incorporar algún aspecto de medicina alternativa a su tratamiento y de estos el 10.5% realiza la misma en conjunto con el conocimiento del equipo asistencial. El 53.1% de las mujeres refirió que su género es tomado en cuenta para el cuidado de su salud.

En suma de los datos analizados podemos atribuir el bajo desempeño del Modelo de Atención a debilidades relacionadas a dificultades en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Del mismo modo se observan dificultades en relación al intercambio de información entre servicios, relacionada a la atención que el usuario recibe

Del mismo modo existe una pobre o nula retroalimentación del sistema de información en cuanto a la situación de salud de la población asistida, al desconocer sus vivencias en cuanto a la atención recibida. Este aspecto lo consideramos fundamental, ya que resulta ser uno de los insumos que colabora en el trazado de mejora de políticas, que disminuyan las inequidades, objetivo fundamental de este tipo de abordaje.

Se observa también alguna carencia en el abordaje interdisciplinario, con prácticamente nulas interconsultas con especialidades (11.7%), que resultan ser esenciales en el tratamiento de estos usuarios como Enfermería, Nutrición, Odontología y Podología. De igual manera evidenciamos el desconocimiento del rol cumplido por el Licenciado en Enfermería por parte de los usuarios.

Del mismo modo, tan solo el 27 % de los usuarios, expresó tener conocimientos sobre el nuevo Modelo de Atención de atención implementado en nuestro país y del SNIS.

Destacamos como aspecto positivo, la percepción que los usuarios poseen, al sentirse respetados por el equipo de salud, respetados al momento de la toma de decisiones en relación al abordaje de su patología. De igual manera, la percepción favorable de las mujeres al respeto de su género, al tenerlo en cuenta para el cuidado de su salud.

## Discusión

La estrategia de Redes de Salud se fundamenta, como mencionamos en la exposición de nuestro Marco Teórico, en la necesidad de lograr disminuir las inequidades, fortaleciendo la integración de los servicios, evitando la fragmentación.

Son fundamentales, más allá de las políticas reglamentarias, la puesta en práctica de mecanismos claros para el logro de esos objetivos. Mecanismos como la comunicación entre servicios y niveles, el fluido traslado de información, entre otros. Como mencionamos entendemos a la Red de Sistemas Sanitarios, como servicios articulados en su accionar. Éstos brindan atención integral desde la complementariedad de servicios.

Por parte de los usuarios, se evidencia según su percepción, conocimiento al momento de indicar los lugares donde se realiza paraclínica y estudios radiológicos alcanzando un 98.8%. De la misma manera los usuarios manifiestan conocer el servicio de Segundo Nivel donde se encuentran referenciados en el caso de internación en un 94.4% de las entrevistas realizadas. Podemos decir que desde la percepción del usuario existe conocimiento de la estructura asistencial.

No obstante, como resultado de nuestro análisis, identificamos que menos de la mitad de los usuarios atendidos (43%), identifica que existe comunicación por sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención. Resulta imposible poder pensar en una “Red”, sin la articulación de los servicios que la integran. Careciendo de este modo de la posibilidad de brindar continuidad en la atención del usuario.

Corroboramos, como aspectos característicos de la fragmentación: las dificultades en el acceso a los servicios, expresada por un 1.8 % que accedió en los tiempos establecidos como esperados a una consulta médica y un escaso 11.7% a la consulta con especialista.

Con respecto a el tratamiento de la patología que portan en un 60.3% manifestó acceder a los medicamentos sin dificultad, mientras que un 63% a los materiales de monitoreo de glicemia. Según los lineamientos de ASSE, el acceso a la obtención a la atención y materiales, es requisito fundamentales en la igualación de derechos. Nos resulta llamativo en relación a la paraclínica las bajas cifras de coincidencia con los estándares establecidos ( hemoglobina glicosilada 0%, glicemia 59.4%, perfil lipídico 0%, proteinuria 0%, microalbuminuria 0.9%, creatinina 0%, controles antropométricos 61%). Este aspecto sin duda requeriría mayor profundización para realizar cualquier aseveración.

Los lineamientos tanto de OPS como de ASSE establecen la necesidad del abordaje

multidisciplinario, considerando esencial la atención de especialistas claves. Evidenciamos que del total de usuarios se cumplen con la frecuencia de interconsulta esperada escasamente. (28 % en el caso del Licenciado en Enfermería, 28.8 % Nutricionista, 12.6 % Odontólogo, 20, 7 % Oftalmólogo y Podología 15,3 %) . Queda en evidencia la preponderancia de algunas especialidades, sin la integración de otras, pero siempre de forma aislada, sin equipos que se acerquen al usuario de manera conjunta.

Por otra parte en lo que hace al rol dentro del equipo del Licenciado en Enfermería si bien es identificado por el 44.1% de los usuarios y diferenciado del resto de profesionales, también se centra como el resto de la atención en la enfermedad. Quedando relegado su aporte y especificidad formativa en relación al cuidado, del individuo así como del colectivo asistido.

Se resiente de este modo la calidad en la atención sanitaria brindada y más si sumamos, la escasa participación de los usuarios, como fuente de información directa del sistema, ellos refieren en el 83.8% del total, haber recibido una encuesta de salud.

Creemos que desde los datos es posible observar la segmentación dentro del sistema de salud, donde estos usuarios no acceden por su situación social, a la misma calidad de atención de salud de otras poblaciones dentro del sistema.

La OPS como manifestamos anteriormente, anima a la integración de diversos actores sociales a la discusión de las temáticas de salud, cuando se refiere a la intersectorialidad. Dicha participación debería efectuarse por medio de diversas instituciones de forma coordinada, así como de la comunidad, no evidenciándose la articulación en este caso.

El 58.5 % de los usuarios entrevistados, reconoció la existencia de un programa dentro del servicio que aborde su patología, poco más de la mitad. Por otra parte, 54.9% manifiesta no realizarse controles de glicemia en puerta de emergencia, aspecto que hace referencia a la educación entre otros aspectos que el usuario maneja, en relación a la convivencia con su patología. Así como de acceso al servicio de policlínica, efectuando la satisfacción de la demanda en otro servicio.

Es necesario poder plantear la temática de derechos de los usuarios como modo de aportar al empoderamiento de su situación, su vida y de sus lugar dentro del sistema sanitario; lugar que se concibe como activo, consciente e informado. En este caso un escaso 27% de los usuarios refiere contar con dicho conocimiento.

Del mismo, que se plantea la necesidad de trabajo educativo con los usuarios, se

debería trabajar con actividades educativas e integradoras con sus familias, ya que al momento solo en el 42.3 % de los casos, se efectiviza.

El 77.4 % de los usuarios refirió percibir respeto por sus creencias de parte del equipo de salud; en el 78.3% los usuarios percibieron incluida su opinión al momento de la toma de decisiones respecto a su tratamiento .

Sin lugar a dudas estas son fortalezas del servicio, que debería ser acompañadas con modificaciones, desde la gestión del servicio, para aportar a la mejora de la gestión del cuidado. La calidad de la atención, no puede de ningún modo centrarse en esfuerzos individuales solamente, sino en políticas y estrategias de gestión del servicio claras.

## Conclusiones

Fue posible conocer la población del servicio abordado e identificar la percepción de los mismos en cuanto al cuidado recibido.

A partir de la aplicación del procedimiento Herramienta de evaluación de redes de servicios de salud, resultó posible abordar de forma ordenada los diferentes atributos del componente Modelo Asistencial y obtener los datos que resultaron sustrato del análisis.

Del mismo modo fue posible realizar un análisis de toda la información obtenida, por medio de la comparación de esta con los estándares de calidad preestablecidos por ASSE.

Concluimos de este modo, que el funcionamiento de servicio dista de los estándares de calidad establecidos a nivel de los organismos tanto internacionales como nacionales que delinean las políticas sanitarias; de este modo podría verse afectar la atención sanitaria de los usuarios y vulnerados sus derechos en tanto.

Consideramos esencial el abordaje científico de las Redes Sanitarias, como garantía que las mantenga cada día más cercanas a los estándares de calidad, que consecuentemente redundará en mejor atención sanitaria a las poblaciones de nuestro continente y país.

Es necesario un funcionamiento coordinado entre los niveles de salud, con una adecuada comunicación entre ellos que faciliten y no complejizan el cuidado del usuario. Y más entendiendo que estas poblaciones ya vivencian francas dificultades desde el aspecto social, ético y los propios de su patología.

Del mismo modo, resulta imposible lograr el involucramiento en su autocuidado si no se trabaja desde la información, capacitación y participación de los mismos, de forma activa y empoderada de su realidad.

Es importante poder seguir estudiando en profundidad el funcionamiento de la Red de Salud aportará datos esenciales para el trazado de nuevas políticas, acorde con los objetivos del sistema y con la realidad de la población que aborda.

Es aquí en la investigación de estas temáticas y en la implementación de los cambios estratégicos a nivel sanitario que consideramos que la figura del Enfermero Profesional debe participar activamente como integrante de equipos multidisciplinarios; por contar con la formación específica del cuidado del individuo y comunidades. No pudiendo obviarse su presencia por la importancia de su aporte.

Podemos por tanto concluir que se logró en el desarrollo de la investigación el cumplimiento de los objetivos planteados.

## **Sugerencias**

- Proponer al servicio que tome los resultados de esta investigación para mejorar la gestión del cuidado del usuario.
- Continuar profundizando en el estudio del Modelo de Atención, que lleva adelante el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Implementar las sugerencias realizadas por OPS y ASSE, en relación a la integración de los equipos de salud para el cambio del modelo de atención.

## Bibliografía

- Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay (2016). *Misión y Visión*. .  
[www.asse.com.uy/categoria/Mision-y-Vision-524](http://www.asse.com.uy/categoria/Mision-y-Vision-524)
- Ávalos, M. (2010). Experiencia en la evaluación de la calidad de la atención primaria en un estado mexicano, empleando una selección de enfermedades que pueden considerarse trazadoras. *Calidad y gestión de servicios de salud. Horizonte Sanitario*. v. 9. n. 2. p.p. 25-31. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
<http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/153>
- Vilaça. E. (2013). *Las Redes de Atención de Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Brasilia.
- Castell, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Pública* . v. 33. n.2 Editorial Ciencias Médicas. La Habana.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009)
- Elia B. Pineda, E. (2008). *Metodología de la Investigación*. Organización Panamericana de la Salud.  
<http://paltex.paho.org/Publication/Index?publicationId=522>
- Morfi, R. (2010). Gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. v.26. n.1  
<http://www.cubava.cu/cuida/envejecer.html>
- Oviedo, G. (2004). La Definición del Concepto de Percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. *Revista de EStudios Sociales* n. 189. Bogotá.  
[www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-885X...](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X...)

- Arbelo, A., Gambogi, R., Pereyra, E., Sola, L., E. Skapino. (2017). Ministerio de Salud Pública. *Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio*. Montevideo.  
<http://www.msp.gub.uy/p.rograma/gu%C3%ADa-de-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-de-diabetes-mellitus-tipo-2-para-la-atenci%C3%B3n-en-el-%C3%A1mbito>
  
- López, P., Alonso, L., García, A., Serrano, A., Ramírez, L (2011). Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto ecuatoriano. *Revista Cubana de Salud Pública*. v.37. n. 2.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200005)
  
- Moreno, L. (2001). Epidemiología y Diabetes. *Revista Facultad de Medicina UNAM*. v. 44. n. 1.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un011i.pdf>
  
- Giraldo, A., Vélez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. *Science Direct*. v. 45. n.7. p.p.384-392.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>
  
- Sapag, J., Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública*. v. 41. n.1. p.p. 130- 149.  
<https://www.scielosp.org/article/rsp/2007.v41n1/139-149/es/>
  
- Parlamento Nacional. Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud. N° 18.211. Capítulo I. Disposiciones generales. Art. 3°.  
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3606331.htm>
  
- Polit, H. (2000). *Investigación Científica en las Ciencias de la Salud*. Interamericana de México. México.
  
- López, P., Alonso, C., García, M., Segredo, P., E. Ruales. (2015). Herramienta

multidimensional para la medición de la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*. v.41. n. 3. p.p .510- 531.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60699>

- Gofin, J., Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. v. 21. n. 3.  
[https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200012](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200012)
- Villar, H. (2012). *Gestión de Servicios de Salud*. Editorial Montevideo. Montevideo.
- Acuña, F., Mella, R. (2015). Significado práctico del concepto Gestión del Cuidado en las Enfermeras/as que se desempeñan en Atención Primaria en Salud . *Ciencia y Enfermería*. Concepción. v.21. n.3.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000300007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300007)
- Ministerio de Salud Pública Uruguay. Nuevo Folleto de Derechos de los Usuarios de la Salud.  
[www.asse.com.uy/contenido/Nuevo-Folleto-de-Derechos-de-los-Usuarios-de-la-Salud-5730](http://www.asse.com.uy/contenido/Nuevo-Folleto-de-Derechos-de-los-Usuarios-de-la-Salud-5730)

## Citas Bibliográficas

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 On line: 2301-0371

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/212/206/>

2 - Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care* . The Milbank Memorial Fund Quarterly. v. 44. n. 3. p. 166

<https://translate.google.com/translate?hl=es-419&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/&prev=search>

3 - Álvarez, S. (2008). *Medicina General Integral*. Modo, condiciones y estilo de vida. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. p. 75.

[https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/44872/mod\\_folder/content/0/lec\\_2\\_3\\_y\\_4libro\\_salud\\_familiar.pdf?forcedownload=1](https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/44872/mod_folder/content/0/lec_2_3_y_4libro_salud_familiar.pdf?forcedownload=1)

4 - Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables*. Washington, D.C. p. 8.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/hiap-Brief-Guide-and-Recomendations-SPA.pdf>

5 - Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud . (2006). *Lineamientos Metodológicos*. v. 18. Washington, D.C. p. 61.

[http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Lineamientos\\_Metodologicos.pdf](http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/Perfil_Sistema_Salud-Lineamientos_Metodologicos.pdf)

6 - Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. (2006) *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington. D. C. p. 31.

[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=145-rede](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-rede)

[s-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-2013.pdf)

7 - Vilaça, E. (2013). *Las Redes de Atención de Salud* . Organización Panamericana de la Salud Brasilia. Brasilia. p. 65.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-2013.pdf>

8- Vilaça, E. (2013). *Las Redes de Atención de Salud*. Organización Panamericana de la Salud Brasilia. Brasilia. p. 50.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>

9 - Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. (2010). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington. n. 4. p. 31.

[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307)

10 - Vilaça, E.(2013). *Las Redes de Atención de Salud* . Organización Panamericana de la Salud. Brasilia. p. 62.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>

11 - Vilaça, E (2013). *Las Redes de atención de salud* . Organización Panamericana de la Salud. p. 86.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-2013.pdf>

12 - Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*.

(2010). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington. n. 4. p. 35.

[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=145-rede-s-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid2001=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-rede-s-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid2001=307)

13- Parlamento Nacional. Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud. N° 18.211. Capítulo I. Disposiciones generales. Art. 3°.

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3606331.htm>

14- Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. p. 98

<https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

15 - Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay. (2016). *Misión y Visión*

[www.asse.com.uy/categoria/Mision-y-Vision-524](http://www.asse.com.uy/categoria/Mision-y-Vision-524)

16 - Donabedian, A. (1993). Ensayo prioridades para el progreso y la Evaluación y monitoreo de la calidad de atención . *Salud Publica de Mexico*. v. 35. n. 1. p. 3.

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/printerFriendly/5636/6132>

17- Zurita, B. (2001). Reflexiones sobre calidad asistencial. *Calidad Asistencial*. n.16. p p. 79-95.

<https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-2parte.pdf>

18 - Murray, C., Frenk, J. (2000). Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Un marco referencial para evaluar el desempeño del sistema de salud: comentarios sobre el marco de referencia y las propuestas para la próxima ronda de evaluación del desempeño. *Revista internacional de Salud Pública*. n. 3. p. p. 149-162

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/58011/Bull-of-WHO-2000-3-p149-162-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19- Monje,P., Miranda. P., Oyarzún.J., Seguel. F y E Flores. (2018). Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería desde la perspectiva de Usuarios Hospitalizados. *Ciencia y*

*Enfermería*. N. 24. p. p. 5-10.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-5.pdf>

20 - Ayala, R., Torres, M., Calvo, M. (2014). *Gestión del Cuidado en Enfermería*. Mediterráneo. Santiago. p.181.

21- Rivera, E. (2014). *Satisfacción de los Pacientes Diabéticos de su tratamiento con hipoglucemiantes orales*. Universidad Veracruzana. Xalapa, México.

22 - Arbelo, A., Gambogi, R., Pereyra, E., Sola, L., E. Skapino. (2017). Ministerio de Salud Pública. *Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio*.

<http://www.msp.gub.uy/p.rograma/gu%C3%ADa-de-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-a-de-diabetes-mellitus-tipo-2-para-la-atenci%C3%B3n-en-el-%C3%A1mbito>

23- Polit, H. (2000). *Investigación Científica en las Ciencias de la Salud* . Interamericana de México. México

24- Sbarbaro, 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 On line: 2301-0371

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/212/206/>

25 - Polit, H. (2000). *Investigación Científica en las Ciencias de la Salud* . Interamericana de México. México. p. 46.

26 - Polit, H. (2000). *Investigación Científica en las Ciencias de la Salud* . Interamericana de México. México. p. p. 126 - 128.

27 - Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.

<http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>

28- Arbelo, A., Gambogi, R., Pereyra, E., Sola, L., E. Skapino. (2017). Ministerio de Salud Pública. *Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito*

*ambulatorio.*

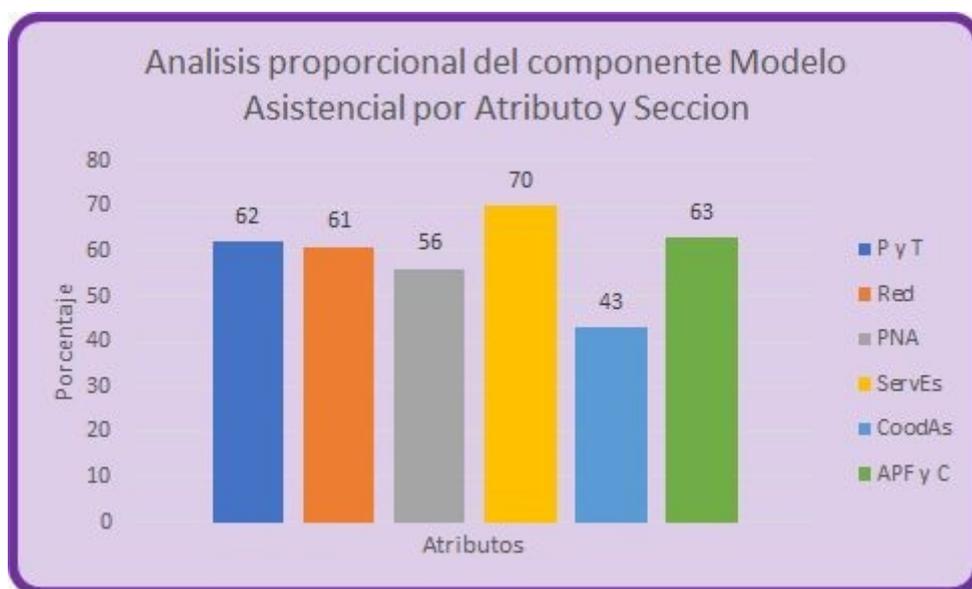
<http://www.msp.gub.uy/p.rograma/gu%C3%ADa-de-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-de-diabetes-mellitus-tipo-2-para-la-atenci%C3%B3n-en-el-%C3%A1mbito>

29- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. (1964). Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos.

<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

30- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.

## ANEXO:1



## ANEXO: 2

Herramienta para medir el Desempeño de Sistemas de Salud en RED

Prof. Adjto. Esp. Milton Sbárbaro Romero

Cátedra de Administración - Facultad de Enfermería – Universidad de la República

USUARIOS Cuestionario N° .....

Componente: MODELO ASISTENCIAL

Dimensión: Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades.

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?SI  
NO

3 ¿Es la policlínica que se encuentra más cercana a su domicilio, trabajo o centro de estudio?  
SÍ NO

4 ¿Le han realizado en la policlínica, alguna encuesta relacionada con la Diabetes? SI NO NO  
RECUERDA

5 ¿Le han realizado en la zona donde vive, alguna encuesta relacionada a temas de salud? SI  
NO NO RECUERDA

Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud.

6 ¿En la policlínica, existe un programa específico para la atención al usuario portador de  
DMT2?

SI NO NO SABE

7 ¿Usted participa en dicho programa? SI NO

8 ¿Si usted tuviera que internarse, conoce los hospitales de referencia de su policlínica? SÍ  
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? SÍ NO

11 ¿Conoce el o los establecimientos asistenciales de referencia de su policlínica, para retirar medicamentos y material para el automonitoreo de glicemia?SI NO

12 Cuando pide hora para un control de salud en su policlínica,  
¿cuánto tiempo demora en ser visto por el equipo de salud?

1 día ≤2 – 3 D.> ≤4 – 7D.> ≤8 – 15D.> ≤15 días NO RECUERDA NO SE HA CONTROLADO

13 Cuando pide hora para ver a un Especialista, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por él?  
>7 días ≤8 - 15> ≤15 - 30> ≤30 - 60> ≤60 días NO RECUERDA NO HA VISTO ESPECIALISTAS

14 ¿Ha tenido dificultades para obtener los medicamentos para el tratamiento de su diabetes?NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

15 ¿Ha tenido dificultades para obtener los insumos para el automonitoreo de glucemia?  
NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

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- NO RECUERDA- NO SE CONTROLA

17 ¿Porque 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 Gral.

Por demora en conseguir cita con Especialista

Porque no existe material para el monitoreo de la glicemia en la policlínica

Otro.....

18 ¿Conoce las profesiones que integran el equipo de salud de la policlínica, que trabajan en su atención?SI NO

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?

pide día y hora por teléfono en el hospital que corresponde?

No Corresponde Otro situación.....

Dimensión: Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado.

21 ¿Concurre siempre al mismo centro asistencial a realizarse los exámenes básicos de:

sangre?SI NO No se ha realizado

RX?SI NO No se ha realizado

Ecografías?SI NO No se ha realizado

22 ¿Concurre siempre al mismo centro asistencial a la consulta con:

Diabetólogo/Endocrinólogo?SI NO Nunca Consulte

Cardiólogo?SI NO Nunca Consulte

Lic. Enfermero (Nurse)?SI NO Nunca Consulte

Nutricionista?SI NO Nunca Consulte

Oftalmólogo?SI NO Nunca Consulte

Odontólogo?SI NO Nunca Consulte

Podólogo? SI NO Nunca Consulte

23 ¿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? SI NO No Recuerda

en su trabajo? SI NO No Recuerda

en su centro de estudios? SI NO No Recuerda

24 ¿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.

25 ¿Cada cuanto tiempo se controla con los siguientes especialistas:

Diabetólogo/Endocrinólogo?

>3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Cardiólogo?

>3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Lic. Enfermero (Nurse)?

>3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Nutricionista?

>3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Odontólogo?

>3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Oftalmólogo?

>3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Podólogo?

>3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

26 ¿Cada cuánto tiempo se realiza controles de:

HbA1c? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Glucemia? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Perfil lipídico? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Proteinuria? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Microalbuminuria? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Creatinina? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Peso? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

Estatura? >3 Meses ≤3 – 6 Meses ≥ ≤6 – 12 Meses ≥ <12 MESES NO HAY RUTINA

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. SI NO NO SABE

### Herramienta para medir el Desempeño de Sistemas de Salud en RED

Prof. Adjto. Esp. Milton Sbarbaro Romero

Cátedra de Administración - Facultad de Enfermería – Universidad de la República

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 CONSULTE

30 ¿Cuándo necesitó hospitalizarse enviaron al hospital un resumen de su historia clínica? SI NO NO SABE

NO ME HOSPITALICE

31 ¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de sus internaciones hospitalarias? SI NO  
NO SABE NO ME HOSPITALICE

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 RECUERDA

33 ¿Usted conoce el funcionamiento del nuevo SNIS? SI NO NO RECUERDA

34 ¿Usted fue orientado en los derechos de atención a la salud que tiene como persona portadora de DMT2? SI NO NO RECUERDA

35 ¿Cuál es la percepción que usted tiene sobre el respeto de sus derechos como persona portadora de DMT2 en el sistema sanitario?

MUY MALA MALA NI MALA NI BUENA BUENA MUY BUENA

36 ¿Usted percibe que sus creencias son tomadas en cuenta por el equipo de salud de la policlínica, para el cuidado de su salud? SÍ NO

37 ¿Usted incorpora la medicina alternativa (por ejemplo yuyos) como parte del tratamiento de la DMT2? SÍ NO

38 ¿Lo realiza en acuerdo con el equipo de salud de la policlínica? SÍ NO

39 ¿Usted percibe si su género es tomado en cuenta para el tratamiento que le realizan? SI  
NO No Corresponde

40 ¿Personas de su núcleo familiar fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2? SI NO NO SABE No Corresponde

41 Si su respuesta es positiva, ¿esa capacitación fue a través de?

CURSOS CHARLAS FOLLETERÍA OTRO.....

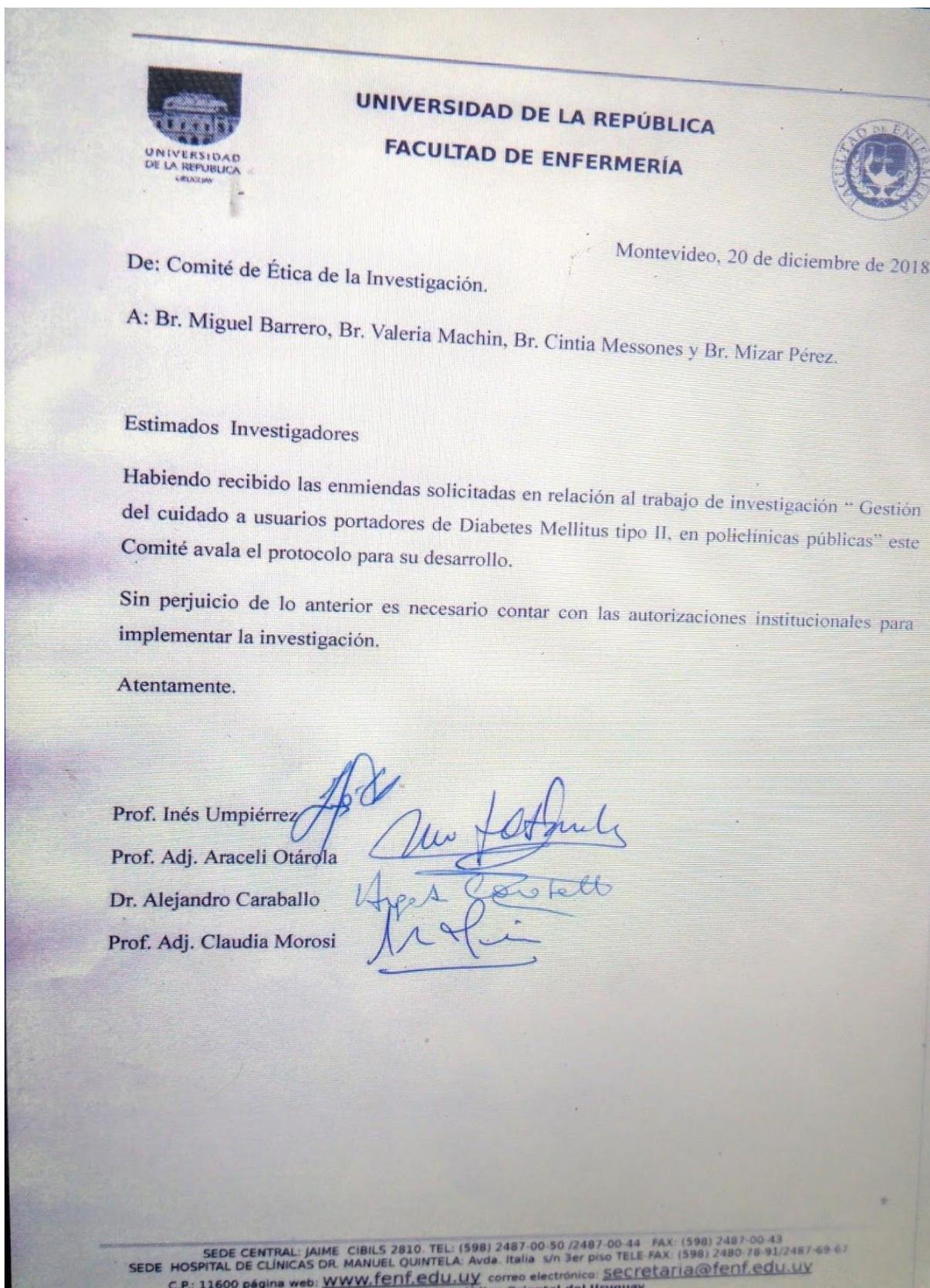
42 ¿Personas de su entorno laboral y/o social fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2? SI NO NO SABE

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? SÍ NO

**ANEXO: 3**



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Montevideo, 20 de diciembre de 2018.

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Br. Miguel Barrero, Br. Valeria Machin, Br. Cintia Messones y Br. Mizar Pérez.

Estimados Investigadores

Habiendo recibido las enmiendas solicitadas en relación al trabajo de investigación " Gestión del cuidado a usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo II, en policlínicas públicas" este Comité avala el protocolo para su desarrollo.

Sin perjuicio de lo anterior es necesario contar con las autorizaciones institucionales para implementar la investigación.

Atentamente.

Prof. Inés Umpiérrez

Prof. Adj. Araceli Otárola

Dr. Alejandro Caraballo

Prof. Adj. Claudia Morosi

## ANEXO 4:

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, c.i. N° \_\_\_\_\_ he recibido información respecto al estudio “Gestión del cuidado a usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, en policlínicas públicas”.

*Investigación llevada adelante en Hospital Público.*

*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 perjudica mi persona.*

*Autorizo acceder a Historia Clínica para utilización de datos que requieran ser de importancia para dicha investigación.*

*Doy mi consentimiento para participar en el estudio.*

\_\_\_\_\_

Firma del participante

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

Fecha

Si el participante es analfabeto

Yo \_\_\_\_\_, 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 ha 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)

## ANEXO 5:



### **Hoja de Información al participante**

Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Investigación:

**“Gestión del cuidado a usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, en policlínicas públicas”.**

Esta investigación se dirige a hombres y mujeres mayores de 20 años, portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, que concurren a las Policlínicas de Atención a Usuarios Diabéticos de un Hospital Público, siendo dentro de ASSE, es decir el sector público los encargados del tratamiento, prevención, rehabilitación de dichos usuarios.

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

## **Introducción**

Esta investigación se realiza para conocer cómo se sienten atendidos los usuarios portadores de diabetes tipo 2 en la Policlínica del Hospital Público. Se llevará a cabo por cuatro 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. Adjto. Mg. Milton Sbárbaro Romero.

Quienes integramos como estudiantes dicha investigación somos: Anahi Perez, Valeria Machin, Cintia Messones y Miguel Barrero.

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.

### **A quien contactar**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse con cualquiera de los integrantes que conforman la investigación, investigadores: celular , correo:

Valeria Machín

Miguel Barrero

Cintia Messones

Anahí Pérez

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación en la investigación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.