



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ADMINISTRACIÓN**



PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 2, SOBRE EL DESEMPEÑO DEL MODELO ASISTENCIAL DE UNA RED DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE UN PRESTADOR PÚBLICO

Autoras:

Paula Stella Abba Andrade
Nicolás Alejandro Rodríguez Morales
Fabrizzio Eduardo Piffaretti Romero

Tutores:

Prof. Adjto. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero
Prof. Ayte. Lic. Malena Lasalvia

Montevideo, 2015

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

AGRADECIMIENTOS

El grupo de tesis quiere agradecer a aquellas personas que hicieron posible realizar este Trabajo Final de Investigación para poder obtener el título de graduado universitario.

Gracias a la familia de cada uno, pilar en lo que significó el esfuerzo del día a día en este trabajo, a los amigos, parejas, compañeros de trabajo, jefes que ayudaron a que todo sea posible.

Agradecer especialmente a nuestro tutor Prof. Lic. Esp. Milton Sbarbaro y la co-tutora Prof. Lic. Malena Lasalvia, que nos guiaron y ayudaron en cada momento que lo necesitamos; también agradecer al personal de Biblioteca, en especial a la Lic. Gabriela Rodríguez por su apoyo permanente.

Además queremos agradecer a nuestra casa de estudios, a cada uno de los docentes que compartieron sus conocimientos, aprendizajes y valores con la convicción de que Enfermería es más que una profesión, es un estilo de vida; a los compañeros con los que se compartió estos 5 hermosos años de carrera.

Este pasaje por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República será recordado por siempre en nuestras vidas.

Un GRACIAS a todos los que formaron parte de esto tan importante y especial para nosotros.

RESUMEN

Lista de Abreviaturas y Siglas.

APS – Atención Primaria en Salud

ASSE – Administración de los Servicios de Salud del Estado

DIGESA – Dirección General de Salud

DMT2 – Diabetes Mellitus Tipo 2

FESP – Funciones Esenciales de Salud Pública

FONASA- Fondo Nacional de Salud

HERSS – Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud

JUNASA – Junta Nacional de Salud

MSP – Ministerio de Salud Pública

OMS- Organización Mundial de la Salud

OPS- Organización Panamericana de la Salud

RAP – Red Atención Primer nivel

RISS- Redes Integradas de Servicios de Salud

SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción que tienen los usuarios portadores DMT2, sobre el desempeño del componente Modelo Asistencial, en una Red Atención Primaria de un Prestador Público en el período Agosto/Noviembre 2015.

Material y Método: Estudio descriptivo observacional, de corte transversal. Universo N=843: Mujeres y hombres mayores a 20 años portadores de DMT2, que hayan consultado en los últimos 12 meses. Muestra n=263: otorgada por Investigador principal. Instrumento: Herramienta de Evaluación de Redes de Servicios de Salud realizado por Prof. Adjto. Esp. Milton Sbárbaro Romero, aplicados mediante entrevista directa. Los datos se ingresaron mediante un software libre (Entry Data), y posteriormente se procesaron con el programa PSPP. Se expusieron los resultados utilizando una metodología descriptiva.

Resultados: La percepción de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, sobre el desempeño del componente Modelo Asistencial de la red de Primer Nivel de Atención en Salud fue de **0.44**.

Conclusiones: A través d los datos obtenidos, la red no estaría involucrando a los ciudadanos para que gestionen mejor su salud. Tampoco estaría abordando al usuario portador de diabetes mellitus tipo 2 de manera holística. La ausencia del licenciado en enfermería en cuanto a las actividades inherentes de la profesión: Investigación, Administración, Asistencia y Docencia, principios fundamentales para cualquier servicio de salud, iría en desmedro del desempeño general del Modelo Asistencial.

PALABRAS CLAVES: Enfermería, Atención Primara De Salud, Redes, Administración de los Servicios de Salud, Gestión de Calidad de la Salud, Evaluación en Salud.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por

alumno de la Facultad de

Enfermería de la Universidad de la República en el

curso de la

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	14
OBJETIVO GENERAL:	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14
FUNDAMENTO TEÓRICO	15
SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD	15
ESQUEMA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SNIS:	19
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO	21
RED ATENCIÓN PRIMER NIVEL	22
REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE LA SALUD	24
ATRIBUTOS -RISS	28
GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD	29
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	29
PROCESO DEL CONTROL DE CALIDAD EN SALUD	31
PERCEPCIÓN DEL USUARIO	37
DIABETES MELLITUS TIPO 2	38
METODOLOGÍA	41
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	51
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
SUGERENCIAS:	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	74
ANEXOS	76

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por tres estudiantes de la Facultad de Enfermería (Universidad de la República), generación 2011, plan de estudios 1993, en el marco de la Cátedra de Administración, bajo la tutela del Prof. Adjto. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero.

Tiene como objetivo general describir la percepción que tienen los usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, sobre el desempeño del componente Modelo Asistencial, en una Red de Primer Nivel de Atención de Salud de un Prestador Público, en el período agosto-noviembre 2015.

Cabe destacar que el trabajo se enmarca dentro de una Investigación Principal: ***“Evaluación del impacto de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cuidado de usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. RAP Canelones Este-ASSE.2012-2015”***

En el marco de la reforma sanitaria que se lleva a cabo en Uruguay con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el consiguiente establecimiento de un nuevo modelo asistencial con énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención, basado en la estrategia “Atención Primaria de Salud” con enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud, y la falta de evaluaciones en relación al nuevo modelo (no cumpliendo con el proceso garantía de calidad), es que se plantea la pregunta problema en relación a la percepción que tienen los usuarios portadores de DMT2, sobre el componente Modelo Asistencial de una RAP de un prestador público, con 31 efectores.

Metodológicamente, este estudio observacional, descriptivo de corte transversal busca, mediante un instrumento ya validado (Herramienta de Evaluación de los Servicios de Salud), describir el desempeño del componente mencionado, con un enfoque de garantía

de calidad. Utiliza una enfermedad trazadora (DMT2) para tal fin, convirtiéndose la misma en una pieza fundamental para la evaluación de los procesos.

Así, se pretende a través de los resultados obtenidos cumplir con una de las etapas del proceso de garantía de calidad al obtener información basada en evidencia científica, con el anhelo de que se actué en los aspectos que resultan negativos, ajustando el sistema, elevando de ésta manera la calidad de los procesos, y por consiguiente elevar el desempeño de Red en cuestión.

ANTECEDENTES

A nivel latinoamericano, no existen estudios exclusivos en cuanto a evaluación de los componentes de la OPS para las RISS. Esto puede estar relacionado al corto tiempo que se viene implementando dicha estrategia. Como fue expresado, las faltas de evaluaciones del desempeño de las RISS, contraponen con uno de los aspectos que conforman el proceso de garantía de calidad: La evaluación en sí misma.

Al realizar una revisión bibliográfica minuciosa a través de la base de datos de literatura latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), de la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería (BVS), y la base de datos de literatura internacional en Ciencias de la Salud, utilizando la búsqueda cruzada con diversos descriptores tales como: Enfermería, Atención Primaria De Salud, Redes, Redes Integradas de Servicios de Salud, Administración de los Servicios de Salud, Sistemas Nacionales de Salud, Sistema Nacional Integrado de Salud, Gestión de Calidad de la Salud, Calidad, Evaluación de la atención de salud, logramos hallar algunos artículos, los cuales presentan alguna relación con nuestra investigación. Los mismos son: “Presencia de los atributos para la integración de las Redes de los Servicios de Salud” que tiene como fin, valorar si los atributos que

de calidad. Utiliza una enfermedad trazadora (DMT2) para tal fin, convirtiéndose la misma en una pieza fundamental para la evaluación de los procesos.

Así, se pretende a través de los resultados obtenidos cumplir con una de las etapas del proceso de garantía de calidad al obtener información basada en evidencia científica, con el anhelo de que se actué en los aspectos que resultan negativos, ajustando el sistema, elevando de ésta manera la calidad de los procesos, y por consiguiente elevar el desempeño de Red en cuestión.

ANTECEDENTES

A nivel latinoamericano, no existen estudios exclusivos en cuanto a evaluación de los componentes de la OPS para las RISS. Esto puede estar relacionado al corto tiempo que se viene implementando dicha estrategia. Como fue expresado, las faltas de evaluaciones del desempeño de las RISS, contraponen con uno de los aspectos que conforman el proceso de garantía de calidad: La evaluación en sí misma.

Al realizar una revisión bibliográfica minuciosa a través de la base de datos de literatura latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), de la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería (BVS), y la base de datos de literatura internacional en Ciencias de la Salud, utilizando la búsqueda cruzada con diversos descriptores tales como: Enfermería, Atención Primaria De Salud, Redes, Redes Integradas de Servicios de Salud, Administración de los Servicios de Salud, Sistemas Nacionales de Salud, Sistema Nacional Integrado de Salud, Gestión de Calidad de la Salud, Calidad, Evaluación de la atención de salud, logramos hallar algunos artículos, los cuales presentan alguna relación con nuestra investigación. Los mismos son: “Presencia de los atributos para la integración de las Redes de los Servicios de Salud” que tiene como fin, valorar si los atributos que

son propuestos por la OPS, están presentes en la red Cubana. Otra Investigación relacionada a las RISS y al funcionamiento de las mismas es la titulada: “Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto Ecuatoriano”. La misma tenía como objetivo la construcción y validación de una metodología para diagnosticar las fallas de integración de la RISS, y a través de la misma crear una hoja de ruta, a través de las cuales su puedan subsanar dichas fallas. Ésta investigación pone de manifiesto la fragmentación de las redes en regiones Ecuatorianas, proponiendo una metodología que permite caracterizar, evaluar e intervenir en una red, subsanando los problemas de integración.

Nuevamente se pone de manifiesto los esfuerzos en las Américas por intervenir y reducir la fragmentación de los sistemas, buscando la integralidad de la atención, contribuyendo a desarrollar sistemas de Salud basado en la Atención Primaria de Salud. También se referencia la investigación realizada por García-Fariñas y col. (2011), cuyo objetivo era revisar si los aspectos teóricos planteados para las RISS son una estrategia positiva para elevar el desempeño de los sistemas sanitarios. Realizada la investigación expresaron lo siguiente:

“De la revisión teórica efectuada, puede concluirse que aún no puede realizarse una afirmación robusta acerca de la utilidad de la integración en redes de servicios como estrategia para lograr sistemas de salud eficientes. Por una parte, están los autores que defienden que la estructura en redes ayuda a mejorar la calidad de los servicios y la eficiencia organizacional, y por la otra, hay quienes critican fuertemente las redes de servicios sanitarios por su supuesta incapacidad para promover una mejor eficiencia global del sistema. En síntesis, actualmente aún no se cuenta con información concluyente acerca de la relación entre las diversas formas de integración de los servicios de salud y el logro de sus objetivos de continuidad, eficiencia y calidad.”¹

Se pone de manifiesto la importancia de continuar trabajando en investigaciones relacionadas al impacto que genera trabajar con un enfoque basado en la estrategia RISS en los sistemas sanitarios, debido a la escasa cantidad de estudios científicos relacionados a la estrategia mencionada.

En el Uruguay existe un antecedente de evaluación de desempeño de la Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), iniciativa desarrollada por OPS. Dicha medición se desarrolló en el año 2002, y es la única evaluación de desempeño sobre el sistema sanitario NACIONAL, en este caso enfocado a sus funciones esenciales.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales tales como: la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial.²

La iniciativa propuesta por OPS sobre RISS aparecería como respuesta a diversas problemáticas que se han presentado sistemáticamente en países con diferentes Sistemas de Salud.

El objetivo de dicha estrategia es contribuir al desarrollo de sistemas sanitarios basados en la Atención Primaria de Salud (APS) con énfasis en el primer nivel de atención.

Dicha estrategia, es parte de la respuesta al desafío de la fragmentación en la prestación de los servicios, la segmentación de recursos financieros, baja cobertura, poca capacidad resolutoria en los primeros niveles de atención, infraestructuras hospitalarias subutilizadas, bajo nivel de eficiencia, no continuidad en la atención, altos costos y deficientes resultados en salud, presentes en el contexto latinoamericano.

Ya desde los años 20, se hacía evidente la necesidad de hablar del concepto de red, cuando el informe Dawson proponía que “Para el éxito de cualquier plan de servicios de salud, es indispensable la unidad de ideas y propósitos, así como comunicación completa y recíproca entre los hospitales docentes asociados, los centros secundarios y primarios y los servicios domiciliarios, independientemente de que los centros estén situados en el campo o en la ciudad”.³

Diversos países Latinoamericanos han hecho esfuerzos por lograr promover procesos de prestación, de servicios integrados, buscando la participación de proveedores,

prestadores, aseguradores y tratando de garantizar una continua asistencia, bajo criterios de calidad.

En países que integran el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), en relación al resto de Latinoamérica, también se evidencian problemáticas según Abrutzky R, Bramuglia C, Godio C. Estos refieren básicamente que son comunes con el funcionamiento de los sistemas de salud en la región donde hay fragmentación de los sistemas, segmentación en la prestación y financiación de los servicios, limitaciones presupuestales, subutilización de la capacidad instalada.

En Uruguay, con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), Ley N 18211, se producen cambios estructurales en el modelo de atención, gestión y financiamiento.

En el marco de ésta reforma sanitaria, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), establece un modelo de asistencia basada en la estrategia APS, priorizando el desarrollo del primer nivel de atención para la resolución de las necesidades de salud de la población, con un enfoque de RISS, para el fortalecimiento del sistema sanitario.

La representación de la OPS de la Salud en Uruguay en octubre de 2011, realizó una publicación en el cual difunde diversas experiencias sobre la APS en el país, con el objetivo de socializar y profundizar información y conocimientos, que contribuyan a consolidar los avances del SNIS.

En dicho trabajo Benia W. y Medina G., plantean como “carencia relevante del proceso desarrollado y compartida por realidades de otros países, ha sido la ausencia de un paquete de indicadores para la evaluación y monitoreo de los servicios.”⁴

Los cambios en el modelo asistencial, se han implementado desde la creación del SNIS, pero no se han realizado evaluaciones de los procesos, careciendo de ésta manera de información sobre los cambios aplicados.

Según Carnota Lauzán (2005) define la evaluación de los servicios en salud, como: “el examen de la estructura, procesos y resultados de la asistencia médica con vista a identificar deficiencias, establecer las causas y tener una apreciación de los niveles de calidad que ha alcanzado”⁵

Por lo expuesto, se hace necesario el control de los cambios generados en la estructura del modelo de atención del sistema de salud y para esto se debería evaluar el desempeño del mismo. Y así, cumplir con el proceso de garantía de calidad en el cambio del modelo; obteniendo de esta evaluación, información basada en evidencia científica para posteriormente tomar decisiones, ordenar el sistema y hacer los ajustes que sean convenientes, para contribuir a la mejora de la calidad del sistema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción que tienen los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo 2, sobre el desempeño del componente "Modelo Asistencial" en una Red de primer nivel de atención de salud de un prestador público, en el periodo agosto-noviembre 2015?

Objetivos Específicos:

- Identificar a los usuarios portadores de DMTE de la RED.
- Identificar las discrepancias del componente Modelo Asistencial en la RED.
- Medir el desempeño del componente modelo asistencial.

FUNDAMENTO TEÓRICO

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE ATENCIÓN DE SALUD

En las últimas décadas, entre cada dos personas...

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la percepción que tienen los usuarios portadores DMT2, sobre el desempeño del componente Modelo Asistencial, en una Red de Primer Nivel de Atención de Salud de un Prestador Público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a los usuarios portadores de DMT2 de la RED.
- Identificar las dimensiones del componente Modelo Asistencial en la RED.
- Medir el desempeño del componente mencionado.

FUNDAMENTO TEÓRICO

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

En las últimas décadas, sobre todo del año 2000 en adelante, con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la atención en la salud viene sufriendo cambios en sus modelos, buscando adaptar las necesidades actuales a través de los procesos integrales de salud que se han venido dando en el mundo, especialmente en Latinoamérica a través de la OPS, incluso donde miembros de la misma, en la octava reunión (29 de setiembre de 2005), crean la Declaración de Montevideo, considerando los objetivos de la Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Uno de los atributos de dicha Declaración del Milenio de la ONU, es la necesidad de “encarar el desafío regulatorio que demanda la mayor combinación público-privada en la prestación y financiamiento de los servicios”⁶, donde expresa como áreas vitales la educación, la alimentación, la salud y la previsión social.

En la Declaración de Montevideo, se hace énfasis por la integración de la Atención Primaria en los sistemas de salud, con igualdad y equidad social, siguiendo la línea de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) donde se elaboró la declaración de Alma Ata en setiembre de 1978.

Según la declaración: “Los Estados deben trabajar para alcanzar la meta del acceso universal a la atención de gran calidad para obtener el grado máximo de salud que se pueda lograr” y “Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria... ..fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”.⁷

En el 2000, el gasto en salud de Uruguay representaba un diez por ciento del Producto Bruto Interno (PBI). Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Uruguay ocupaba el cuarto lugar del mundo en gasto en salud como porcentaje del PBI,

pero se ubicaba en el lugar 65 en términos del desempeño del sistema de salud, algo alarmante teniendo en cuenta las diferencias de gasto entre países en ese entonces.

Para poder tener una profundización en la transformación del sector de la salud, en el 2001, el MSP a través de una carta enviada por ese entonces, el ministro de Salud Pública Dr. Luis Fraschini y Ministro de Economía y Finanzas el Cr. Alberto Bensión, se solicitó al BID un préstamo para cooperar en la ejecución del Programa de Reformas del Sector Salud, y que con instancias entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y la Asesoría Técnica de Políticas Sociales (ATPS), serán responsables de coordinar la relación entre el comité interministerial y el BID. Dicho comité será la OPP, con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el MSP.

Desde el cambio de gobierno en el 2005 y siguiendo en materia de salud la línea planteada por los organismos internacionales de crédito, en cuanto a combatir la segmentación en la atención y reducir las inequidades, se generó un nuevo modelo de atención en el país, incluyendo la participación de los trabajadores y usuarios en la conducción institucional. El mismo surge a través de la Ley de Presupuesto N°17.930, votada el 13 de diciembre de 2005, donde en el artículo 264, indica que el MSP “implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud...”, con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.

Dicho Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) creado a través de la ley 18.211 de diciembre de 2007, comienza a aplicarse a partir del 1° de enero de 2008; generando un cambio en el modelo de atención, gestión y financiación, donde la prioridad es fortalecer el Primer Nivel, aplicando los lineamientos de la OPS con una estrategia basada en la APS.

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables,

puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”⁸

Esta reforma de la salud en Uruguay (que había comenzado en 2001), propone universalizar el acceso a la salud, brindar equidad, justicia, un financiamiento propio dentro del presupuesto, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema. El SNIS busca tener como principal objetivo brindar el derecho a la salud que tienen los residentes en nuestro país, a través de la prestación de servicios públicos y privados.

Para poder lograr esto, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que será el fondo recaudador del SNIS; este es administrado por el Banco Previsión Social (BPS), quién hace la recepción de los aportes y paga la cuotas de salud a las entidades prestadoras.

El FONASA, es creado a partir de la ley 18.131 de mayo de 2007 en conjunto con el SNIS, Ley 18.211. Este como se expresó previamente, se financia con el aporte de los trabajadores, empleadores y aportes del estado. A partir de la elección de los contribuyentes, contrata para la prestación de servicios de salud, a instituciones de atención médica que incluyen: las IAMC, ASSE y en menor grado, seguros privados integrales. Se destaca que las IAMC tienen doble función de aseguradoras y prestadoras. También se crea el Seguro Nacional de Salud (SNS) quien dice que se debe pagar y es administrada por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con la atribución de garantizar que las obligaciones asumidas por los prestadores públicos y privados del SNIS se cumplan.

JUNASA es el órgano de administración del SNS, con la atribución de garantizar que las obligaciones asumidas por los prestadores públicos y privados del SNIS se cumplan. Para esto, la JUNASA firma un contrato de gestión con cada uno de los prestadores del SNIS

y dispone el pago de cuotas salud a los prestadores contratados de acuerdo a sus padrones de usuarios (ajustadas por edad y sexo) y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo (metas prestacionales).

También encontramos dentro del MSP, La Dirección General de la Salud (DIGESA) y es responsable por la definición del Plan Integral de Atención de Salud (PIAS). Se encarga de los Programas Nacionales de Salud, Catálogo de Prestaciones de Baja y Mediana Complejidad y Formulario Terapéutico de Medicamentos.

De las Prestaciones de Alta Complejidad, y Medicamentos de Alto Costo e impacto económico se encarga el Fondo Nacional de Recursos (FNR). Esta Institución fue creada a partir del decreto ley n°14.897 del poder ejecutivo en el año 1979, con carácter de persona pública no estatal, y tiene como misión, “otorgar financiamiento a un conjunto de prestaciones médicas altamente especializadas incluyendo medicamentos de alto costo, de demostrada efectividad, permitiendo que las mismas estén disponibles con equidad para toda la población del país asegurando que dichas prestaciones se realicen con el máximo de calidad y eficiencia y en condiciones de sustentabilidad económica y financieras.”⁹

El PIAS, como innovación tiene contratos de gestión y gestión integral de la calidad de los procedimientos de alto costos, establecimiento de normas de inclusión. Protocolos, y guías de prácticas clínicas, pagos a asociados a metas asistenciales

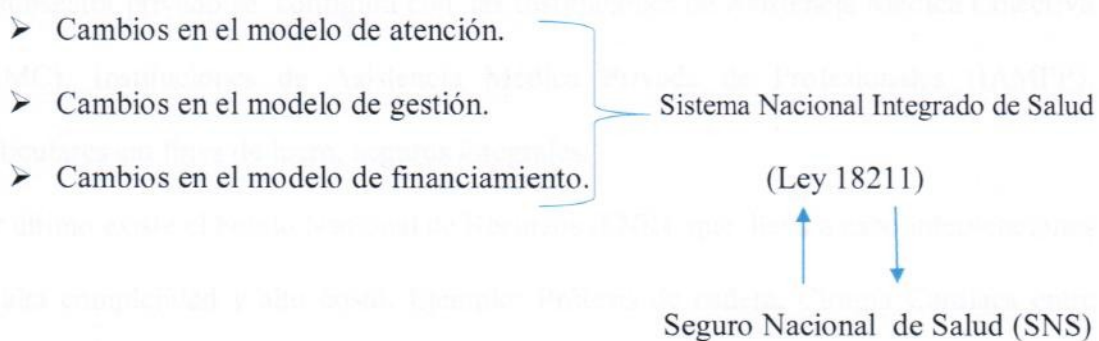
A partir de la Ley N°. 18.161, de julio 2007, en que se crea a ASSE como un Organismo Descentralizado, tiene entre sus cometidos ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, gestionando al máximo la accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y duplicaciones. El mismo se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del MSP para formar parte del SNIS, con recursos provistos del SNS y del FONASA.

“Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social”.¹⁰

Tiene también como responsabilidad, la cobertura de los sectores más desprotegidos de la población y que no tienen acceso al FONASA – sectores de menores ingresos y sin vinculación formal al mercado de trabajo.

ESQUEMA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SNIS:

Estrategia de la Reforma Sanitaria del Uruguay:



Cambios en el modelo de Gestión:

- Creación de ASSE como ente descentralizado.
- Normas de regulación.
- Niveles de atención definidos e interrelacionados.
- Creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

Cambios en el sistema de gasto y financiamiento.

Creación del Seguro Nacional de Salud (SNS)

El Sistema Nacional Integrado de Salud está compuesto un subsector público y un subsector privado, articulados entre sí, con un órgano central de gobierno.

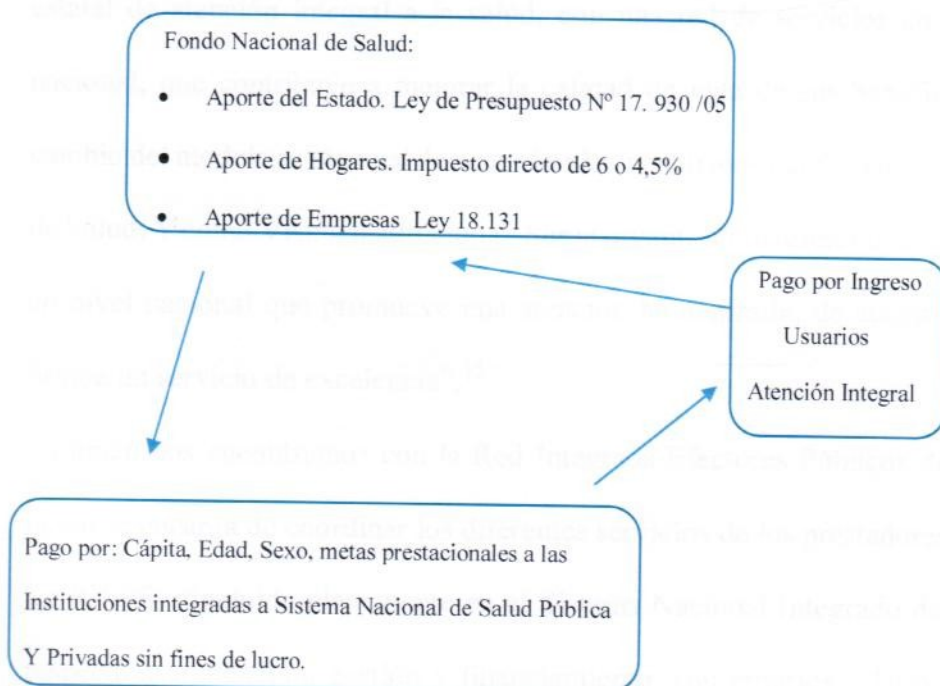
El principal prestador de servicios públicos es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), “que cuenta con una red de establecimientos de cobertura nacional

en la que se atiende alrededor de 37% de la población, básicamente las personas de escasos recursos sin cobertura de la seguridad social”.¹¹

El sub sector público también cuenta con las prestaciones de la Universidad de la República, que cuenta con servicios en los tres niveles de atención (Hospital Universitario), otros proveedores de servicios para grupos específicos dentro de los que destacan la Sanidad de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior, que cubren alrededor de 5% de la población; Banco de Previsión Social (BPS), Bancos de Seguro del estado (BSE), servicios de salud de las Intendencias Departamentales, Entes Autónomos.

El subsector privado se configura con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP), particulares sin fines de lucro, seguros integrales.

Por último existe el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que lleva a cabo intervenciones de alta complejidad y alto costo. Ejemplo: Prótesis de cadera, Cirugía Cardíaca entre otros.



Cambios en el Modelo de atención:

- Renovación de la APS.
- Redes: Sistemas Integrados.
- Promoción de Salud.
- Programas de prestaciones integrales, indicadores de calidad y trazadores de resultados.
- Protección frente a riesgos específicos.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

ASSE: como prestador estatal en cuanto a servicios de salud, tiene una estructura compleja, con un organigrama a nivel nacional, donde es dirigida y administrada por un directorio de 5 miembros y 2 consejos asesores honorarios. Los mismos se encuentran uno a nivel nacional y el otro a nivel departamental.

Según la página oficial de ASSE: “misión institucional: Somos el principal prestador estatal de atención integral a la salud, con una red de servicios en todo el territorio nacional, que contribuye a mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios y lidera el cambio del modelo asistencial de acuerdo a los postulados del Sistema Nacional Integrado de Salud. Y como Visión institucional: Ser la organización referente en atención a la salud en nivel nacional que promueve una atención humanizada, de acceso equitativo y que brinde un servicio de excelencia”.¹²

También nos encontramos con la Red Integrada Efectores Públicos de Salud (RIEPS), quien se encarga de coordinar los diferentes servicios de los prestadores públicos.

La RIEPS: “Incluida plenamente en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención, gestión y financiamiento, con criterios y laudos comunes en la gestión de los recursos humanos, aportará las especificidades de sus instituciones para el

desarrollo de las políticas de salud definidas por el MSP y articulará con el sector privado para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto”.¹³

Esta Red es un ámbito interinstitucional que incluye ASSE, BPS, Hospital de Clínicas, Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP), Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (DNSFFAA), Banco de Seguros del Estado (BSE) y las Intendencias Municipales.

RED ATENCIÓN PRIMER NIVEL

Dentro de la estructura de ASSE nos encontramos con la Red de Atención de Primer Nivel (RAP). Esta red se encarga de la atención primaria, en lo que respecta en intentar consolidar un Primer Nivel de atención continente, resolutive y que permita realizar la promoción, prevención, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados.

Dicha unidad regulada por ASSE se encuentra distribuida por todo el país, dividida en 4 regiones: Norte, Este, Oeste y Sur; siendo ésta última sub dividida en 2; RAP Metropolitana y RAP Canelones. Cada región tiene sus unidades ejecutoras y asistenciales.

Cabe destacar que ASSE al día de hoy, posee un total de 1.305.114 usuarios en todo el país, según cifras oficiales a julio de 2015.

La atención primaria pública es ofrecida por ASSE en más de 800 puntos de atención entre centros de salud, policlínicas y consultorios médicos de área, que deben formar la Red de Servicios de Primer Nivel de Atención, una por Departamento.

La red de atención primaria tiene como pilar estructural los Centros de Salud, coordinando con éstos se encuentran policlínicas propias, policlínicas comunitarias

(barriales, rurales), finalizando con una red de consultorios dispersos en todo el territorio nacional, contando en algunos casos con servicios de traslado.

El primer nivel de ASSE presenta características diferentes en Montevideo y en el interior del país. En la capital, está organizado a través de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE). Esta Red es una Unidad Ejecutora con autonomía de gestión, presupuesto propio para gastos de funcionamiento y recursos humanos. Integra 114 puntos de atención de salud (12 centros de salud, 32 policlínicas, 70 consultorios de área) y un sistema de unidades móviles para emergencia, urgencia y traslados.

A diferencia de la RAP-ASSE Montevideo en el interior del país las redes de primer nivel de ASSE no todas poseen presupuesto propio y son en su mayoría dependientes de la unidad hospitalaria de ASSE en el territorio. Se está trabajando para generar unidades ejecutoras iguales a la metropolitana. Estas se encuentran en proceso de desarrollo, con una menor capacidad de resolución y a veces con dificultad de acceso geográfico por su ubicación.

Tanto en ASSE como en las IAMC el usuario puede elegir el médico de cabecera, condicionado por la oferta disponible. No hay impedimentos para el cambio de médico. Lo más común es que el usuario busque un médico general para el primer contacto y éste, si es necesario, haga la derivación para el especialista que se requiera.

Para el desarrollo del primer nivel, el MSP pretende implementar un “equipo de salud de primer nivel de atención” que se sub divide en dos unidades. Estos son el Equipo de Proximidad (EP) y el Equipo de Primer Nivel (EPN). El EP debería contar con médico de familia y auxiliar de enfermería y/o licenciado en enfermería; o Médico general, pediatra, y auxiliar de enfermería y/o Licenciado en enfermería. Este equipo es la base del primer nivel, la que debe estar en todo el territorio y debe ser la puerta de entrada al sistema. El EPN definido, será fortalecido por cada institución, basándose en las

características de su población de usuarios, con un equipo de: ginecólogo, odontólogo, psicólogo, nutricionista, asistentes sociales, etc.

Según ASSE, la idea es implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE LA SALUD

El 2 de octubre del 2009, durante el 49° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre RISS Basadas en la Atención Primaria de Salud.

Para abordar dicho tema, previamente debemos definir el concepto de RED.

El concepto de red, a través del tiempo, se viene utilizando en diferente ámbitos, tanto sociales, tecnológicos, científicos y más recientemente se ha empleado en el sector de la salud; como consecuencia de las reformas en el sistema de salud que se han v implementando en diferentes países y con mayor celeridad en Latinoamérica, que se plantea como una alternativa para mejorar la gestión de los servicios de salud.

Conceptos y nociones generales sobre Redes.

Para llegar a la definición del concepto de RISS, primero es necesario definir los tipos de redes en general.

Según la acepción del Diccionario de la Real Academia, define a las Redes como "Conjunto de elementos organizados para determinado fin".¹⁴

Torres; manifiesta que "el trabajo en redes es una estrategia que vincula, la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines

comunes. Para la generación de una Red es imprescindible que exista una finalidad explícita y de interés para las instituciones y personas que habrán de conformarla”.¹⁵

Los autores Dabas y Perrone, plantean que “La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones”.¹⁶

Rovere manifiesta que existen unos niveles para la construcción de redes. El primer nivel es el reconocimiento, que expresa la aceptación del otro. El segundo nivel, es el conocimiento, una vez que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido, lo cual expresa interés. Un tercer nivel, es el de colaboración, donde se estructuran una serie de vínculos de reciprocidad, por ejemplo, colaboro pero espero que colaboren conmigo. En el cuarto nivel, ya existen algunas formas sistemáticas de cooperación lo que supone la existencia de un problema común, y existe una forma más sistemática de operación conjunta, es decir, existe un compartir sistemático de actividades. Finalmente, en el quinto nivel, está la asociación, donde se establece algún tipo de contrato o acuerdo, lo que conlleva a compartir recursos.

Concepto de Redes en otros ámbitos

Las autoras Regalado y Regalado “declaran que las redes de computadoras permiten, además de almacenar un gran cúmulo de información, que se establezca la comunicación entre dos o más computadoras conectadas mediante un cable, una línea telefónica (o vía satélite) y lograr de esta forma una reducción considerable en el tiempo que transcurre entre el momento que se produce la información y el acceso a ésta. En la actualidad existen miles de redes de computadoras, las cuales se encuentran interconectadas a través

de diferentes redes mundiales de información, la más importante de todas es Internet, por su alcance y servicios”.¹⁷

Redes a Nivel Social

En el ámbito social, Lozares establece que “las redes se pueden definir como un conjunto bien delimitado de actores -individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, entre otros, vinculados unos a otros a través de una relación o un conjunto de relaciones sociales”.¹⁸

Martínez concreta que el modelo de redes sociales es “un sistema de vínculos entre nodos orientado hacia el intercambio de apoyo social”.¹⁹

Para Castells (2000), “las redes son nuevas formas de organización social, del Estado o de la sociedad, intensivas en tecnologías de la información, y basadas en la cooperación, entre unidades dotadas de autonomía. Menciona ciertos elementos que son comunes a todas las redes: relaciones estables, autonomía, existencia de objetivos comunes, cooperación, confianza, interdependencia, inexistencia de jerarquía, intercambio constante de recursos”.²⁰

Tapscott (2011), expresa que las redes son una características de las sociedades post industriales, manifestando que “En la era industrial todo es hecho para la masa. Creamos la producción en masa, la comunicación de masa, la educación de masa, la democracia de masa. La característica de la sociedad industrial es que las cosas comienzan por uno (aquel que tiene el conocimiento), y llegan a muchos (aquellos que no poseen el conocimiento). El flujo es siempre en ese sentido, de uno para muchos. En el sistema de salud, yo soy el médico, porque tengo el conocimiento; los otros son los pacientes, no operan porque están enfermos, sino porque no tienen el conocimiento.

Nuevamente de uno para muchos. En la sociedad post industrial, el conocimiento, no será transmitido de uno para muchos, sino de uno para uno, o de muchos para muchos. Será la era de la inteligencia en red, en un sistema de colaboración en masa”.²¹

Redes y los servicios de Salud

Retomando la implementación de la RISS existen, en la literatura internacional, varias definiciones:

El concepto de redes de servicios de salud fue en principio utilizado por Gillies, al definirlos como “un conjunto de organizaciones que ordenan o proveen un continuum de servicios coordinados a una población definida y toman la responsabilidad de los resultados clínicos y fiscales, así como del estado de salud de la población beneficiada”.²²

La OPS en el año 2010 define las RIIS como “la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.²³

La OPS, en ese año en cuestión, plantea la iniciativa RISS con el propósito de “contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos”.²⁴

El concepto de RISS, retomado por Shortell, y modificado por la OPS en el año 2010 plantea que es una “red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud 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”.²⁵

Por otra parte, Castellanos plantea que una RISS es "un conjunto de prestadores de primer, segundo y tercer nivel asistencial, distribuidos geográficamente, con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad, así como de referencia y contrarreferencia, destinados a brindar cobertura a una población determinada en un área de influencia, bajo normas, procedimientos y criterios programáticos comunes, controlados y conducidos por una gestión operativa única, se puede definir como Red de Atención Médica".²⁶

Resumiendo la definición de RISS, destacamos que las mismas constituyen un sistema de vínculos, un entretejido de vínculos, de identidades, y de intereses. Consiste en estructuras de participación, basados en vínculos personales, a lo que el poder se distribuye. Un aspecto a considerar, al construir redes, es el de niveles de atención de salud.

ATRIBUTOS -RISS

Según la Real Academia Española, atributo es una cualidad o propiedad de un ser. Para este caso, lo apropiamos para definir como; cualidades que debe poseer un modelo de atención en salud.²⁷

Dada la gran variedad de contextos socioeconómicos, culturales, geográficos en los cuales deben insertarse los diferentes sistemas de salud, según la OPS, no sería posible describir un único modelo organizacional para las RISS. Más allá de esto, plantea, según la experiencia acumulada en el último tiempo, que las mismas requieren de los siguientes atributos esenciales para su adecuado funcionamiento (agrupados según ámbito de abordaje).

Dichos atributos esenciales, basados en los 4 componentes de la RISS, se denominarán DIMENSIONES y son 14 que se dividen en 6 para el Modelo Asistencial, 3 para el ámbito de Gobernanza y Estrategia, 4 para Organización y Gestión y 1 para la Asignación e Incentivos.

El componente a trabajar en esta investigación será el Modelo Asistencial.

Éste componente lo consideramos una macro variable, en donde cada dimensión se considera una variable compleja.

El Componente planteado tiene que ver con la estructura que está presente en la Red, en relación a su extensión geográfica y a su población objetivo para poder satisfacer las necesidades de salud de dicha población.

La estructura para dar cobertura a las necesidades de salud de la población, se relaciona con: el número de establecimientos, servicios brindados por dichos establecimientos, mecanismos de coordinación asistencial, atención de salud centrada en la persona, familia y comunidad, teniendo aspectos los socioculturales al realizar la cobertura de las necesidades de salud de los mismos.

GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

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

El concepto de calidad surge vinculado al ámbito de la industria y logra sobre la segunda mitad del siglo 20 comenzar a ser materia de discusión ineludible en el sector salud.

Según la Real Academia Española, Calidad se puede definir como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten juzgar su valor”.²⁸

En la industria o en los servicios en general, la calidad se refiere a la capacidad de las empresas para satisfacer o superar las demandas de los clientes. Logrando lo anterior, en diversas etapas: fabricación, distribución y servicios de postventa.

En los servicios de salud, además de ésta capacidad del prestador por resolver el vínculo con el cliente durante el proceso, el mismo (paciente, familia o comunidad) es parte de la realización del servicio. Ya que contribuye a su ejecución, convirtiéndose en un elemento clave para su evaluación.

La calidad de la atención médica es para Donabedian (1978): “la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios 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”.²⁹

Para dicho autor, la calidad se sustenta en siete pilares. Ellos son eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

Donabedian formuló hace más de cuarenta años, la bases sobre las cuales debería comprenderse la calidad en el campo de la salud. Denominándolas como dimensiones de calidad de la asistencia médica.

Dichas dimensiones son:

- Estructura: recursos humanos, materiales, organizativos, medioambientales, geográficos, legales; con los que se cuenta para brindar la atención.
- Proceso: incluye el conjunto de acciones que permiten convertir la estructura en resultados y por tanto tienen la capacidad de incorporar valor al servicio, o sea está en relación directa con el diagnóstico, el manejo de las enfermedades, la prevención y la rehabilitación.
- Resultado: tiene que ver con las salidas, expresadas generalmente en datos cuantitativos y cualitativos, que muestren el estado de salud de los individuos y la sociedad, su calidad de vida, e incluso los criterios de aquellos acerca de su propia situación de salud.³⁰

Según el Dr. Villar (2002), la calidad asistencial será pues definida por la comunidad científica, por el profesional, el usuario y la sociedad, cada uno de los actores desde su punto de vista. Todos los conceptos tienen validez e importancia, y deben ser tomados en consideración al realizar una evaluación de la calidad de servicios prestados.³¹

PROCESO DEL CONTROL DE CALIDAD EN SALUD

“La Garantía de Calidad” en salud, surge en Estados Unidos (EEUU) de Norteamérica a inicios de la década del setenta. Éste concepto ha devenido en un cuerpo de conocimientos y prácticas, vinculados con los conceptos contemporáneos de calidad, creados en primera instancia para la industria, reorientados luego al campo de los servicios de salud. En Latinoamérica, podemos encontrar que forman parte de las políticas de salud de países como Cuba, Argentina, Costa Rica o Colombia.³²

Carnota Lauzán también expresa que el proceso de garantía de calidad “descansa más en el concepto de eficiencia que de excelencia. O sea lograr lo más y mejor posible con lo que se tiene. Esto implica que está asociada indisolublemente al empleo inteligente de los recursos y al manejo racional de los costos”³³

Según Donabedian “...consiste en obtener información de la práctica en función del análisis de la misma y que conduce a modificar la conducta: de manera directa, a través de las actividades de formación y motivación y, de manera indirecta, a través de ajustes en el diseño del sistema. Además, decidí tener únicamente en cuenta, la atención clínica, obviando cualquier otro aspecto de la actuación de las organizaciones, menos esenciales en el intercambio profesional-paciente”.³⁴

También expresa que la misma es una actividad basada en obtener información sobre la práctica clínica, y en función de los datos obtenidos, hacer un ajuste de las situaciones, y de los procesos de la atención de salud. El mismo, otorga un papel fundamental a los consumidores, a la hora de garantizar la calidad de la atención sanitaria. Los mismos son colaboradores de la “Garantía de Calidad”, ya sea definiendo la calidad; evaluando la calidad; facilitando la información que permiten que otros la evalúen.

La evaluación de la calidad es establecer “con que grado de éxito se ha conseguido que las profesiones se gobiernen a sí mismas de un modo tan estricto que no debamos temer la explotación o incompetencia”.³⁵

Según Carnota Lauzán, el proceso de control, dentro de la garantía de calidad, se identifica con 2 componentes básicos, interrelacionados entre sí.

Los mismos son:

- Evaluación de la calidad en salud: Consiste en el examen de la estructura, los procesos y los resultados de la asistencia médica con vista a identificar deficiencias, establecer las causas y tener una apreciación de los niveles de calidad que ha alcanzado. Es el componente más desarrollado dado que durante mucho tiempo se pensaba que la evaluación producía calidad, lo cual no es cierto, pues su otro componente es el que desencadena las acciones para resolver los problemas que la evaluación determina.
- Mejora de la calidad en salud: Está formada por todas las acciones encaminadas a resolver las deficiencias encontradas durante la evaluación, estimular las iniciativas de mejoras y ponerlas en práctica, mantener sistemáticamente metas superiores a alcanzar y trabajar en función de ello. Uno de sus puntos de partida es la evaluación anteriormente mencionada, la cual es también el modo de verificar si las rectificaciones y las mejoras se han hecho realidad.³⁶

Por lo expuesto, y citando a Carnota Lauzán, el proceso de garantía de calidad en general abarca los siguientes aspectos:

- El empoderamiento del paciente, familiares y la comunidad que les da la oportunidad de participar más, tanto en evaluar la calidad, así como también en mejorarla.
- Las alianzas estratégicas con otros sectores, de manera que se otorguen una verdadera diversidad social, para extender las vidas de las personas y lograrlo con una aceptable calidad de vida.

- Referenciación competitiva, para asegurar una comparación sistemática con otras prácticas mejores, para así establecer procesos de mejora.
- Tecnologías de la información y comunicación, que contribuyan a simplificar procesos.
- Creación de estándares de diversos tipos, mediante los cuales se puede verificar si hay calidad o no, en los procesos, instituciones, o servicios en general.
- Vinculación con principios de acceso, cobertura y equidad.
- Verificación retrospectiva.
- Estudios de reingeniería que logren la eliminación de pasos intermedios dentro del proceso.
- Seguimiento constante a los avances anteriores en calidad de los servicios.
- El trabajo orientado hacia cambios sustanciales en los servicios de información de salud.
- Estrategias de incentivos, que incluyen diversas compensaciones.

Finalizando lo expresado en relación a la evaluación de la calidad en salud, citamos a Carnota Lauzán, definiendo diversas ideas en donde se pone de manifiesto ciertas limitaciones en relación a la misma:

1. La evaluación de la calidad en salud es un punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de calidad, pero es insuficiente para lograrla, pues depende de qué acciones se tomen en relación con sus resultados.
2. El papel principal de la evaluación de la calidad en salud es dotar al subsiguiente proceso de mejora continua de todos los elementos necesarios para organizar, orientar y ejecutar dicho proceso.

3. Su objetivo no es hallar culpables, aplicar castigos o hacer caer en desgracia a alguien no bien visto, sino crear las oportunidades para que el sistema de salud pueda ser mejorado sistemáticamente.
4. Tiene un carácter intersectorial, multiniveles y socialmente determinado.
5. Se debe adecuar al objeto de evaluación y a las circunstancias en que tal acción se lleva a cabo.
6. Tiene que ver con todas las dimensiones del sistema de salud y con los diferentes enfoques que convenga utilizar para evaluarlas.³⁷

Algunos aportes que se también se destacan en el proceso de calidad asistencial, es como se ajusta la administración del servicio y las expectativas del cliente. Por esto, el concepto de percepción del usuario es una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar la calidad asistencial.

Por último, realizando una reflexión en relación al concepto de garantía de calidad, citamos textualmente a Carnota Lauzán:

“La garantía en salud es un proceso que no termina nunca. Trabaja siempre en base a un horizonte desplazable, es decir, busca incesablemente nuevos retos y modos superiores de alcanzarlos”.³⁸

DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Desempeño significa: acción y efecto de desempeñar o desempeñarse según la Real Academia Española.³⁹

Al enfocarnos en la definición de desempeñar, basados nuevamente en la Real Academia Española se obtiene la siguiente acepción: Ejercer las obligaciones inherentes a una profesión, cargo u oficio.⁴⁰

La OMS propone que el desempeño se defina de forma que incluya el rango de actividades que van desde la medición de la contribución del sistema al logro de los objetivos y la eficiencia en el uso de los insumos, hasta la manera en que los recursos se usan y combinan para producir los resultados deseados.⁴¹

En el mismo trabajo se realiza la equivalencia del concepto de desempeño al concepto de eficiencia, abarcándola como una función de las contribuciones del sistema a los objetivos intrínsecos que toma en cuenta los insumos para lograrlos.⁴²

Por lo tanto, la evaluación del desempeño de los diversos sistemas sanitarios enmarcados dentro del proceso de garantía de calidad, implicaría como el sistemas se ordena para elevar la calidad de atención, a un menor costo, siguiendo los lineamientos estipulados.

Como fue mencionado en el trabajo, en el Uruguay existe un antecedente de evaluación de desempeño de la Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), llevada a cabo en el 2002 iniciativa desarrollada por OPS para las Américas.⁴³ La misma es la única experiencia de evaluación de desempeño de los sistemas sanitarios, enfocada hacia sus funciones esenciales.

Más allá de que la mencionada investigación se llevase a cabo en un momento coyuntural diferente al actual, los resultados obtenidos en la misma pueden ser punto de partida al

realizar la evaluación del desempeño del componente Modelo Asistencial de la red objeto de ésta investigación.

Resultados de Evaluación del desempeño de las FESP en el Uruguay, mayo 2002.

Los niveles más elevados de desempeño de las 11 Funciones Esenciales se observaron en las funciones:

- nº5 (Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional de Gestión en Salud Pública)---0.53
- nº11 (Disminución del Impacto en Salud de Emergencias y Catástrofes)---0.63

Las siguieron en un nivel intermedio de desempeño las Funciones:

- nº1 (Monitoreo y Evaluación del Estado de Salud)---0.27
- nº2 (Vigilancia y Control de Daños en Salud Pública)---0.43
- nº3 (Promoción de Salud); nº4 (Participación Social en Salud)---0.32
- nº6 (Regulación y Fiscalización en Salud Pública)---0.31

Los niveles más bajos se alcanzaron en las Funciones:

- nº7 (Evaluación del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios)---0.19
- nº8 (Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Pública)---0.09
- nº9 (Garantía de Calidad de los Servicios de Salud)---0.02
- nº10 (Investigación en Salud Pública)---0.25 ⁴⁴

Las escalas de valor propuestas de la FESP, sería de **76 - 100% (0.76 a 1.0)** Cuartil de desempeño óptimo; **51 - 75% (0.51 a 0.75)** Cuartil de desempeño medio superior; **26 - 50% (0.26 a 0.50)** Cuartil de desempeño medio inferior y **0 - 25% (0.0 a 0.25)** Cuartil de desempeño mínimo.

PERCEPCIÓN DEL USUARIO

Conceptualmente Percepción se define como acción y efecto de recibir; Sensación interior que resulta de una impresión material hecha de nuestros sentidos; Conocimiento e ideas. Percepción de fenómenos sin mediación normal de los sentidos, comprobada al parecer estadísticamente.⁴⁵

La percepción del usuario, es la base para conocer el grado de satisfacción del mismo sobre el desempeño del servicio brindado. Según Josefina Caminal, define que el concepto de satisfacción, “se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio”.⁴⁶

En cuanto a la satisfacción del usuario, o cliente en este caso, la norma ISO 9001:2000, en el punto 8.2.1 establece en cuanto a la satisfacción del cliente, como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de calidad, que la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos.

Dicho esto, se puede considerar que el usuario puede determinar si un servicio es o no de calidad, según su experiencia, expectativas y situación socio cultural.

Cabe destacar que el hecho de que un usuario esté satisfecho, no significa necesariamente que el servicio brindado sea excelente, ni viceversa. Esto tan solo significa se cumplen o no, con las expectativas del usuario.

La percepción del usuario entonces, es el punta pie inicial para evaluar el desempeño del modelo asistencial, ya que es el primer “cliente” y para quién está pensado como principal objeto del sistema de salud, buscando lograr la mayor satisfacción del mismo.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

(COMO TRAZADOR)

Según la Organización Mundial de la Salud, en un informe publicado en enero del 2015 estima

- Prevalencia mundial de la diabetes en el año 2014, fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años.
- Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes.
- Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios.
- A nivel mundial, la OMS estima que más de 346 millones de personas tienen diabetes, y se estima que el dato se duplicará para el año 2030 si la tendencia actual continúa.

La OPS, en uno de los informes de la Oficina de Información, en noviembre del año 2012 revela que alrededor de 62.8 millones de personas padecían Diabetes Mellitus (DM). Expertos de la OMS/OPS, expresaron una tendencia ascendente de la incidencia de diabetes en las Américas, y de mantenerse ésta tendencia, la carga de dicha enfermedad crecerá sustancialmente en la próximas dos décadas.

Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría subir de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período, según estima la OPS/OMS.

James Hospedales, Asesor Principal en Enfermedades No Transmisibles, OPS/OMS, manifestó que “La diabetes ha alcanzado proporciones de epidemia en las Américas”, también expresó que “América Latina y especialmente el Caribe, ha alcanzado los

porcentajes más altos de diabetes en el mundo”. También añadió, que si no se llevan a cabo acciones inmediatas al respecto el problema únicamente seguirá incrementando”.⁴⁷

En Uruguay, se estima que un 8% de la población mayor a 20 años es diabética, y que un 8% de dicha población se encuentra en la etapa de prediabetes, según la Encuesta de prevalencia de Diabetes que realizó el MSP.⁴⁸

Dado el cambio en el modelo de atención estipulados en el SNIS, el cual tiene como estrategia la atención primaria en salud, priorizando el primer nivel de atención; y dado el perfil epidemiológico nacional, es que la RAP-ASSE ha elaborado Guías de Práctica Clínica en el Primer Nivel de Atención, en el marco de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En particular, desarrolló una Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención, para el abordaje a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2; Dicha guía, tiene como objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida del usuario diabético, y su familia, intentando potenciar el uso de todas sus capacidades.

Además, de lo anteriormente expuesto, en donde claramente sobresale la relevancia epidemiológica de la DMT2; ésta se convierte en una pieza fundamental para evaluar el desempeño de las RISS, ya que los usuarios portadores de DMT, recorren efectores diversos dentro de la misma red, que pueden corresponder a distintos niveles de atención. También se requiere un abordaje integral, basado en un equipo interdisciplinario y multidisciplinario, evidenciando de ésta manera las dificultades que se exponen en la fragmentación de la atención.

Se toma la DMT2, como un indicador trazador o de resultado para ésta investigación, en base a la definición de Aranaz que la define como “una condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una institución, que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia brindada. Puede ser una enfermedad de diagnóstico frecuente

en la cual las deficiencias en la asistencia se consideran comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr beneficio al corregir esas deficiencias”.⁴⁹

Relacionado con el concepto de indicador trazador, en 1970, se desarrolla en el Instituto de Medicina (de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos) lo que llamaron “Metodología Trazadora”. Definiendo el concepto de trazador como “un problema específico de salud que, cuando se combina en conjuntos, permite a los evaluadores de la atención médica determinar debilidades y fortalezas de una práctica médica específica o de una red de servicios de salud”.⁵⁰ O sea que a través de un problema de salud (trazador) se identifiquen, los atributos de calidad dentro de los servicios, evidenciando el comportamiento de toda la red.

De ésta manera, y siguiendo también el marco de referencia propuesto por Kesnner y colaboradores para una enfermedad trazadora, se puede decir que la DMT2 tiene un impacto potencial sobre las condiciones de salud, en relación a la prestación de los diversos servicios sanitarios que interactúan en la red; es una patología bien definida, fácilmente diagnosticable, y de alta prevalencia en la población; la tasa de prevalencia debe ser lo suficientemente alta, para que se puedan recopilar adecuadamente los datos en una población limita; el curso de la enfermedad varía en relación a la atención médica que se recibe, estando claramente definida con antelación, como debe tratarse la enfermedad que oficia de trazador; el evento trazador debe permitir el estudio de la red a través de su análisis. Por los fundamentos expuestos, es que escogimos como enfermedad trazadora a la DMT2, para que mediante su análisis, se pueda medir la percepción del desempeño del componente Modelo Asistencial en una Red del primer nivel de atención de un prestador público de salud.

METODOLOGÍA

TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

Operacionalización de las variables

- Instrumento: Herramienta para medir Desempeño de Sistemas de Salud en RED
(Creado y Validado por Prof. Adjto. Esp. Milton Sbárbaro Romero)

Ésta se define como la Herramienta de Evaluación de Redes Sanitarias de Salud (HERRS). La misma está conformada por un cuestionario con preguntas cerradas, aplicadas mediante una entrevista.

En ésta herramienta, se trabaja en base a los componentes de las RISS, planteados por la OPS. Los diversos atributos de cada componente, se cruzaron con Guías de Práctica Clínica para el cuidado de usuarios portadores de DMT2 en el primer nivel de atención., realizadas por ASSE. De éste cruzamiento se definieron las variables a medir.

Se hace mención que se toma a la DMT2, como enfermedad trazadora.

Componente: Modelo Asistencial

Éste componente tiene que ver con la estructura de la red para dar cobertura a las necesidades de salud de la población objetivo, en relación a su extensión geográfica, cantidad de establecimientos, servicios que brinda, coordinación entre los servicios, teniendo en cuenta aspectos socioculturales para satisfacer dichas necesidades.

Se considera una macro variable, en donde cada dimensión se reflexiona como una variable compleja. Como fue mencionado previamente, OPS plantea seis dimensiones.

1. La primera dimensión definida es la ***“Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimientos de sus necesidades”***. Ésta variable compleja, se puede definir como el conocimiento del efector de salud, en relación al área geográfica de cobertura que se encuentra bajo su responsabilidad; así como la capacidad de dicho efector de conocer la población bajo su área de influencia, en lo que a necesidades de salud respecta. El conocimiento de estos dos aspectos, población y territorio por parte del efector, permite elaborar un perfil de situación de salud.

Para el estudio de ésta dimensión se definieron variables en relación población de referencia del efector, territorio de influencia del mismo, y conocimiento de las situación de salud de los usuarios portadores de DMT2 bajo el área de influencia de dicho efector.

La obtención de datos, para la descripción de la variable compleja mencionada, se realiza a través de las respuestas a los ítems 1, 2, 3, 4, 5 de la HERSS. (Ver Anexo 1a).

2. La segunda dimensión es denominada como ***“Extensa Red de Establecimientos de Salud para la prestación de servicios sanitarios (de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento, etc.)”***. Ésta variable compleja implica contar con diversos establecimientos de salud en la red, a través de los cuales se puedan cumplir con servicios de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y cuidados paliativos. Para cumplir con estos servicios integrales, las RISS deben disponer de todos los niveles de atención (centros ambulatorios en el primer nivel, centros que resuelvan urgencias y emergencias, brindar cuidados agudos, crónicos y de rehabilitación). Estos servicios deben estar distribuidos equitativamente dentro de la Red.

Para el estudio de ésta dimensión, se definieron variables en relación a Presencia de Programas de Atención a usuarios portadores de DMT2; Referencias a otro nivel de atención; Referencias dentro del Primer Nivel; Estándares de calidad en relación a tiempos de espera de atención, lo que directamente establece la relación Población de Referencia/Profesionales dentro de la Red.

La obtención de datos, para la descripción de la variable compleja mencionada, se realiza a través de las respuestas a los ítems 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 de la HERRS (Ver Anexo 1b).

3. La tercera dimensión es el ***“Primer Nivel de Atención Multidisciplinario***. La podemos definir como la puerta de entrada al sistema, garantizando el acceso equitativo a los diversos servicios de la población de referencia del mismo. En éste Primer Nivel deben resolverse la mayor parte de las necesidades y demandas de salud de la población de referencia, así como integrar y coordinar la atención. En éste Primer nivel, es donde deberían desarrollarse vínculos más estrechos con el individuo, familia y la comunidad.

Ésta variable compleja se divide para su estudio en variables que describen la coordinación entre los distintos niveles de atención, y otras variables que describen el equipo multidisciplinario en el cuidado de los usuarios portadores de DMT2.

La obtención de datos, para la descripción de la variable compleja mencionada, se realiza a través de las respuestas a los ítems 16, 17, 18, 19, 20 de la HERSS (Ver Anexo 1c).

4. La cuarta dimensión que se define es la “**Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado**”. La misma hace referencia a que la atención que se brinda debe ajustarse a las necesidades comunes de la población de referencia, basada en los mejores datos científicos disponibles, asignando y organizando los recursos según criterios de equidad y eficiencia.

Esta variable compleja se subdivide en variables simples, que describen como se organizan los diversos recursos para el cuidado del usuario portador de DMT2 dentro de la red.

La obtención de datos, para la descripción de la variable compleja mencionada, se realiza a través de las respuestas a los ítems 21, 22, 23, 24 de la HERSS (Ver Anexo 1d).

5. La quinta dimensión se denomina “**Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios**”. Esta hace referencia a mecanismos de coordinación dentro de los diversos efectores de la Red, dependiendo de cada situación en particular. Ejemplo de lo mencionado es la gestión de la DMT2, que “cruza” por el continuo de los servicios, requiriendo diferentes tipos de tratamiento y rehabilitación.

Para describir dicha variable compleja se subdivide en variables que describen “Guías de práctica clínica y/o Protocolos”, “trabajo interdisciplinario”, “mecanismos de referencia y contrarreferencia dentro de la red”.

La obtención de datos, para la descripción de la variable compleja mencionada, se realiza a través de las respuestas a los ítems 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 de la HERSS (Ver Anexo 1e).

6. La última dimensión que se define dentro del modelo asistencial es la “**Atención centrada en la Persona, Familia y la Comunidad**”. Los servicios sanitarios dentro de la Red deben brindar sus cuidados al individuo con un enfoque holístico (individuo como un todo); con un enfoque intercultural, de género; centrado en el conocimiento de los derechos y deberes por parte del usuario. El cuidado también debe centrarse con un enfoque familiar y comunitario, abordando las problemáticas de los individuos en donde las personas viven, estudian o trabajan.

Para su estudio, ésta variable compleja se subdivide en: variables que describen la capacitación del personal en relación al funcionamiento del nuevo Modelo de Atención; capacitación del personal en relación a los derechos que poseen los individuos como usuarios del nuevo modelo; capacitación de personal en relación a los derechos de los usuarios portadores de DMT2; variables que describen el cuidado de los diversos efectores con un enfoque centrado en la persona como un todo, enfoque de género, cultural, familiar y comunitario.

La obtención de datos, para la descripción de la dimensión descripta, se realiza a través de las respuestas a los ítems 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 de la HERSS (Ver Anexo 1f).

ÁREA DE ESTUDIO:

Red de Primer Nivel Atención de un Prestador Público de Salud.

ELEMENTO DE ANÁLISIS:

Usuarios mayores a 20 años, portadores de DMT2, que hayan consultado en policlínica pertenecientes a la RED.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Para la obtención de datos, se utiliza la entrevista estructurada, aplicando un instrumento confiable y validado con preguntas cerradas, realizado por Prof. Adjto. Esp. Milton Sbárbaro Romero.

UNIVERSO.

El universo de la investigación son usuarios mayores de 20 años, portadores de DMT2, que consultaron en el último año en alguna de las 31 policlínicas del prestador público de salud en el primer nivel de atención.

Dicho universo se obtuvo con una revisión de las historias clínicas definidas como “activas” por el investigador en los últimos 12 meses.

Con éste criterio se obtuvo un universo de 843 usuarios portadores de DMT2, en la RED mencionada.

CÁLCULO MUESTRAL:

Es por conveniencia para nuestro trabajo y es dado por el investigador principal. N=263.

TIPO DE MUESTRA

La muestra para éste grupo poblacional se realizó con un diseño probabilístico por conglomerados. Cada Policlínica corresponde a un Conglomerado. Toda la población Independiente de la cantidad de usuarios que se atienden por policlínica, deben tener la misma posibilidad de ser elegidos.

Aquellas policlínicas que poseen usuarios portadores de DMT2, igual o menor a 6, se las tomará censalmente, o sea se aplicará el HERSS a todos.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que no autoricen (*Ver Anexo 4*).
- Usuarios a los cuales no se logra ubicar por vía telefónica y no se tiene dirección.
- Usuarios que hayan fallecido en el último año.
- Usuarios que hayan salido del sistema, debido a que optaron por cobertura de salud a través de efector privado.
- Usuarios que hayan salido del sistema, debido a mudanza fuera del área de cobertura de la RED.
- Usuarios con enfermedad severa y enfermedades psiquiátricas.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Esta investigación se realizó en varias fases:

- En la primera fase, se realizó un relevamiento de cada uno de los efectores de la RAP en cuestión, con el objetivo de conformar el universo basado en los criterios explicitados en el capítulo metodología. Para esto, se ingresó al archivo de cada efector (31), realizando el relevamiento, mediante revisión de las historias clínicas de los mismos, y de esta manera obtener el universo.
- Una vez construido el universo, se obtuvo una muestra por conveniencia brindada por el Investigador Principal (**Prof. Adjto. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero**).
- A posterior se localizó con datos obtenidos de los diversos efectores, a los usuarios que hayan sido seleccionados en la muestra, con el objetivo de aplicarle la HERRS (validado por Investigador principal) a los mismos. Se citaron en primera instancia en el efector de referencia, y cuando fue necesario por imposibilidad de concurrir al mismo, previa autorización, se concurrió al domicilio, o en última instancia se realizó en lugar neutro.

ASPECTOS ÉTICOS

“La investigación en/con Seres Humanos requiere conocer en profundidad las regulaciones éticas nacionales e internacionales que han sido establecidas en el desarrollo de estos ensayos. Estas regulaciones explican la necesidad actual de considerar la relación riesgo / beneficio cuando se va a experimentar o realizar una intervención en seres humanos. Las buenas prácticas clínicas establecen que los sujetos que participan en investigación, ya sea clínica o sicosocial, deben ser informados de los objetivos, beneficios y riesgos de ésta, así como de las alternativas terapéuticas existentes y posteriormente deben dar su consentimiento de forma libre, voluntaria y sin coacción”.⁵¹

A lo largo de los últimos años, se ha prestado mucha atención al refuerzo de los sistemas de consentimiento informado y supervisión comunitaria en el campo de la investigación en áreas de la salud en el Uruguay.

Esta investigación cumple con las normas éticas y legales internacionales y está amparada en el capítulo III, del anexo de decreto de ley n° 379/008 con fecha de 4 de agosto de 2008, elaborado por la comisión de bioética y calidad de atención, dependiente del MSP.⁵²

Se fundamenta lo anterior, ya que para la participación en la investigación en cuestión, se requiere voluntad manifiesta de cada uno de los participantes a través del consentimiento informado.

Cabe reiterar, que éste trabajo de investigación se enmarca dentro de una investigación principal: “*Evaluación del impacto de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cuidado de usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. RAP Canelones Este-ASSE.2012-2015*”. La misma fue puesta a estudio del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería (*Anexo 2.1) Carta Comité facultad*

Por consiguiente se aplica a cada participante, el mismo documento confeccionado para dicha investigación (**Anexo 4**), en el cual mediante voluntad escrita (posterior a brindar información por escrito) cada participante acceda a participar de la misma.

También cuando fue necesario, se presentó en los diversos efectores de la RAP objeto de estudio, la carta realizada por el *Prof. Adjto. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero*, donde la dirección de dicha Red, autoriza la investigación principal en cuestión, y por consiguiente nuestra investigación. (**Ver Anexo 2.2**).

El protocolo confeccionado por el grupo de investigación fue elevado a la Cátedra Administración de la Facultad Enfermería (UDELAR) para su estudio.

- Dimensión 1 Preguntas 1,2,3,4
- Dimensión 2 Preguntas 5,6,7,8,9,10,11
- Dimensión 3 Preguntas 12
- Dimensión 4 Preguntas 13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24
- Dimensión 5 Preguntas 25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se realiza a través de programas libres.

1. En primera instancia, utilizando el software ENTRY DATA, se ingresaron los datos de todos los cuestionarios (respuestas brindadas por todos los usuarios), para generar una Base de datos.
2. Dicha base de datos se procesó mediante el software PSPP.
3. Los resultados analizados en el PSPP según las variables definidas, se tabularon presentando los datos según Frecuencias Absolutas (FA), Frecuencia Relativa Porcentuales (FR%), y según estos se confeccionaron gráficas en Columna y Circulares.

Para obtener el valor del desempeño del componente Modelo Asistencial de la RAP objeto de estudio, se tomaron **42** preguntas de la HERSS. Las mismas son:

- Dimensión 1: Preguntas: 1,2,4,5
- Dimensión 2: Preguntas: 6, 8, 9, 10, 11
- Dimensión 3: Pregunta 17
- Dimensión 4: 22 (a, b, c, d, e, f, g), 23 a
- Dimensión 5: 25 (a, b, c, d, e, f, g), 26 (a, b, c, d, e, f, g, h), 27
- Dimensión 6: 32, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 44.

El resto de las preguntas de la HERSS, no participaron a la hora de medir el desempeño del componente modelo asistencial, ya que dentro de sus categorías está la posibilidad de excluir al usuario a la hora de medir el desempeño.

A posteriori, al total de uno (1) obtenidos se lo dividió por el total de uno (1) posibles, que se desprende de multiplicar 42 preguntas de las HERSS por 192 usuarios que accedieron a la Investigación. Este valor fue: 8064.

Cabe destacar que al ingresar los datos al PSPP, el valor uno (1) se adecuó a cómo debería funcionar la RED basándose en la literatura explicitada en la Investigación; Por lo tanto el valor uno (1) podrían ser las siguientes respuestas: SI, NUNCA, Menor o Igual..., etc.

El Software analiza en base a cero (0), uno (1), dos (2), tres (3) y cuatro (4). Se reitera que para la medición del desempeño solo se tomaron los valores uno (1).

Ejemplo de medición de desempeño en una Dimensión:

Dimensión 1	Total de valor uno (1) obtenidos	Total de valor uno (1) posibles.
Pregunta 1	191	192
Pregunta 2	179	192
Pregunta 4	15	192
Pregunta 5	16	192
Total	401	768

Como se observa en el ejemplo, la dimensión 1 obtuvo un total de 401 respuestas de valor uno (1). El total de uno (1) posibles para esta dimensión se desprende de multiplicar 4 (que son las preguntas de la HERSS que participan en ésta dimensión para medir el desempeño) por 192 que son la cantidad de usuario que participaron del estudio.

Luego para obtener el desempeño se divide la cantidad de uno (1) obtenidos (401) por la cantidad de uno (1) posibles (768).

$$\text{Desempeño} = \frac{\text{Cantidad de uno (1) obtenidos}}{\text{Cantidad de uno (1) posibles}} = \frac{401}{768} = 0.52$$

El valor para la dimensión 1: Población y Territorio a Cargo, del Componente Modelo

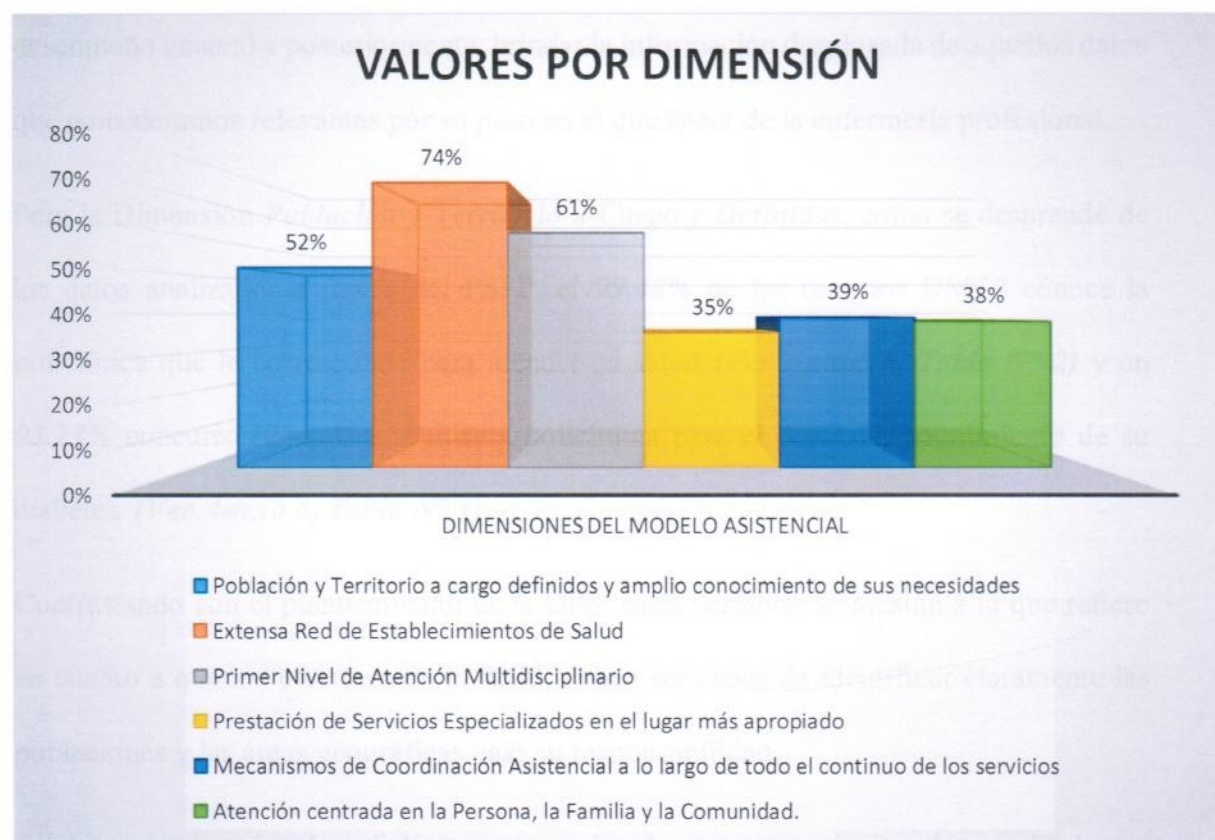
Asistencial sería de: 0.52

Para categorizar los valores obtenidos, utilizaremos la escala FESP de medición de desempeño.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se menciona que de los 263 usuarios portadores de DMT2, que conformaron la muestra dada por el investigador por conveniencia para esta investigación, se logró aplicar la HERSS a un total de 192, obteniendo una eficacia de: **73%**.

Gráfica N°1: Valores de las Dimensiones del Modelo Asistencial



Fuente: HERSS: Componente Modelo Asistencial. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

Para iniciar esta discusión, se hace mención a que la percepción que tienen los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo 2, en una Red de primer nivel de atención de salud de un prestador público, sobre el desempeño del componente “Modelo Asistencial” de la misma, en el periodo agosto-noviembre 2015 fue de **0.44** (Ver Anexo 6, Tabla N° 1)

Se recuerda que la HERSS es confiable al medir todo el componente Modelo Asistencial. Por lo tanto la intención de colocar una gráfica en la cual se exprese el valor de cada dimensión, es a modo general para percibir el peso que tiene cada una de estas en el desempeño del componente abordado.

Al momento de realizar esta discusión, se realizó un exhaustivo estudio sobre las variables y se optó por trabajar solo aquellas que se consideran relevantes para evaluar el desempeño general y posteriormente, brindar la información desglosada de aquellos datos que consideramos relevantes por su peso en el que hacer de la enfermería profesional.

Para la Dimensión *Población y Territorio a Cargo y Definidos*, como se desprende de los datos analizados a través del PSPP, el **99.48%** de los usuarios DMT2 conoce la policlínica que le corresponde para atender su salud (*Ver Anexo 6, Tabla N° 2*) y un **93.23%** concurre siempre a la misma policlínica para el control y seguimiento de su diabetes. (*Ver Anexo 6, Tabla N° 3*)

Contrastando con el planteamiento de la OPS, estas variables se ajustan a lo que refiere en cuanto a que los efectores de la RISS, deben ser capaz de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad.

Al plantear sobre si en la policlínica se ha realizado encuestas relacionadas con Diabetes, o si en la zona donde vive se le ha realizado alguna encuesta relacionada a temas de salud, los usuarios refirieron que NO en su mayoría. **78.13%** (*Ver Anexo 6, Tabla N° 4*) y **80.73%** (*Ver Anexo 6, Tabla N° 5*) respectivamente, dejando en claro que esto no se corresponde con la teoría planteada por la OPS sobre el conocimiento claro de las necesidades de salud de la población de dicha área, habiendo una posible inexistencia de perfiles de salud de la comunidad donde se encuentra inserta la policlínica.

En el caso de la dimensión **Red de Establecimientos de Salud para la Prestación de Servicios Sanitarios**, al relacionar en cuanto a quienes refieren conocer un programa específico y refieren participar del mismo, los datos que obtuvimos fueron qué; quienes refirieron SI conocer la existencia de un programa específico, un **8.33%** contestó que SI participa, mientras que un **9.38%** refirió que no participa en dicho programas. Entre quienes refirieron que NO existe y NO saber, obtuvimos un valor del **82.29%**. (Ver Tabla N°6)

Tabla N° 6: Mecanismo de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios

Análisis Bivariado - FR%					
Existencia de Programa Específico y Participación.		Participación en Programa Específico			
		SI	NO	No Corresponde	TOTAL
Existencia de Programa Específico para la atención del usuario DMT2	SI	8,33%	9,38%	0%	17,71%
	NO	0%	0%	38,54%	38,54%
	No Sabe	0%	0%	43,75%	43,75%
TOTAL		8,33%	9,38%	82,29%	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

Sobre el total de usuarios DMT2 que refirieron conocer un programa específico (17.71%), el **44.44%** participa del mismo. (Ver Anexo 6, Tabla N°7)

Gráfica N°2: Extensa Red de Establecimientos de Salud

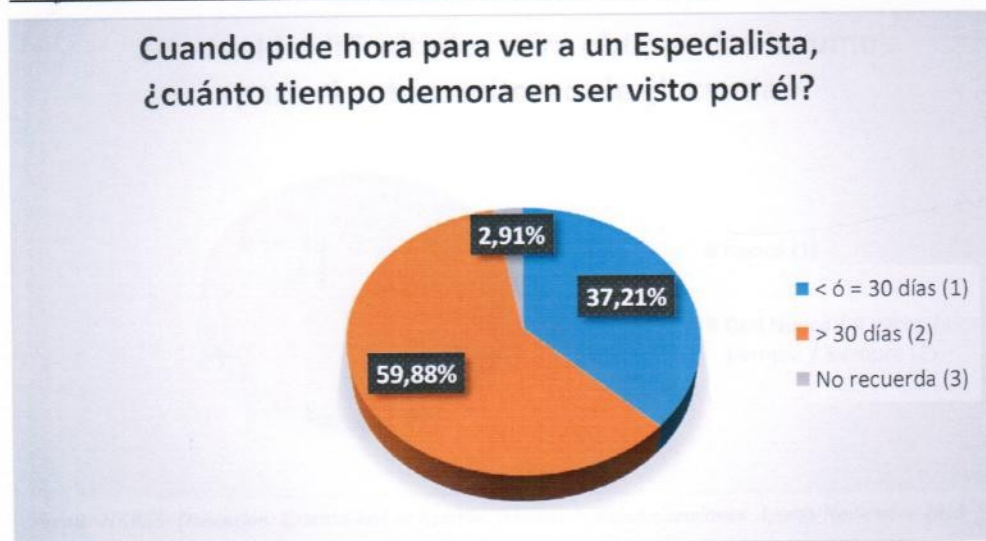


Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

Siguiendo con la misma dimensión trabajada, cuando se consultó a los usuarios ¿cuánto tiempo demora en ser visto por el equipo de salud después de pedir hora?, un **47.40 %** NO se ajustó a los plazos establecidos por el MSP, que refiere que acceder a un médico generalista debe ser dentro de las 24 horas. (*Ver Anexo 6, Tabla 8*).

Al plantear la misma pregunta pero relacionada con los Especialistas, el plazo máximo establecido por el MSP es de no mayor a 30 días. Los datos obtenidos expresan que un **37.21%** de los usuarios son atendidos dentro de los plazos máximos, mientras que un **59.88%** exceden el mismo. Cabe destacar que para este análisis se desagregó a 20 usuarios que refirieron nunca haber visto a especialistas, más allá de lo explicitado en la Guía de Intervenciones, se desconoce el motivo por el cual no han consultado con especialista. (*Ver Anexo 6, Tabla N° 9*)

Gráfico N°3: Extensa Red de Establecimientos de Salud.

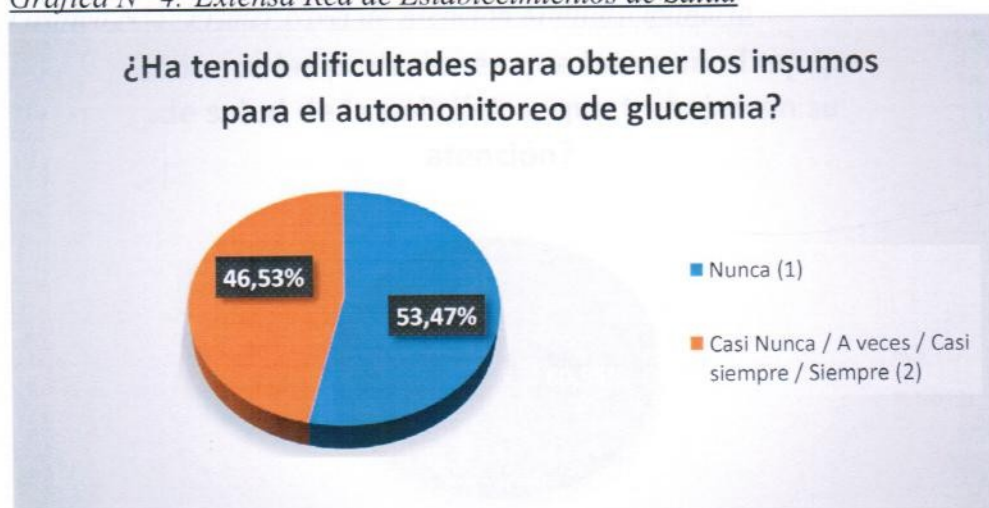


Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

En referencia a la dificultad a la hora de obtener medicamentos para el cuidado de su DMT2, nos encontramos que un **59.47%** de los usuarios contestaron que NUNCA tuvo dificultades. Un **40.53%** refirió que ha tenido algún tipo de dificultad. (*Ver Anexo 6, Tabla N° 10.1*)

La Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención en usuarios portadores de DMT2, refiere que es fundamental el automonitoreo para las etapas de prevención terciaria, aunque son los médicos quienes definen quien necesita el automonitoreo domiciliario y es esencial que no haya dificultades a la hora de acceder a los insumos, pero del análisis estadístico se desprende que un **46.53%** de los usuarios DMT2 que se realizan el automonitoreo de glucemia capilar, refirió haber tenido algún tipo de dificultad a la hora de acceder a los insumos. (*Ver Anexo 6, Tabla N°10.2*)

Gráfica N° 4: Extensa Red de Establecimientos de Salud



Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

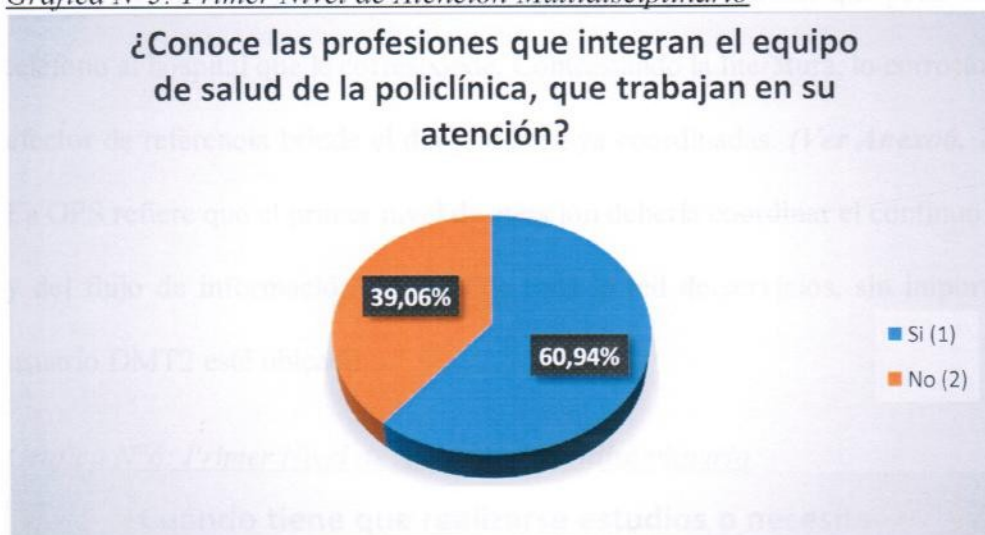
Según la estrategia RISS planteada por OPS, esta dimensión debería prestar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; pero los resultados obtenidos podrían ir en desmedro del desempeño general del componente Modelo Asistencial ya que comprometen dichos servicios.

Otra dimensión a trabajar es el **Primer Nivel de Atención Multidisciplinario**, que debe funcionar como la puerta de entrada al sistema sanitario, donde deben resolverse la mayor parte de las necesidades de salud, así como coordinar e integrar la atención con equipos multidisciplinarios.

En lo que refiere a realizarse controles de diabetes en puerta de emergencia sin sentirse en ese momento descompensado, un **91.44%** de usuarios DMT2, refirió que NO lo hace. De esta manera, la red estaría cumpliendo con la puerta de entrada al sistema. *(Ver Anexo 6, Tabla N° 11)*

Respecto a si los usuarios conocen los profesionales que integran el equipo de salud de la policlínica para su atención, un **60.94%** de los usuarios afirmaron percibir un equipo multidisciplinario. *(Ver Anexo 6, Tabla N° 12)*

Gráfica N°5: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario



Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones, Agosto-Noviembre 2015

El MSP plantea un Equipo de Proximidad y con las respuestas de los usuarios que afirmaron conocer las profesiones que trabajan en su atención, enfocándonos en la presencia del personal enfermero, se obtuvo que **71.79%** identificó al auxiliar de enfermería, pero ninguno de los usuarios DMT2, nombró al licenciado o nurse como tal. *(Ver Tabla N° 13).*

Tabla N°13: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario

Variable 17.1	Categoría	FA	FR%
Identifica personal de enfermería	Si - Aux.	84	71,79%
	Si - Lic.	0	0,00%
	No	33	28,21%
TOTAL		117	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

Respecto a la coordinación y transferencia del usuario hacia servicios de 2do nivel, la red no cumple con lo establecido por la estrategia RISS, ya que un **83.95%** de los usuarios DMT2, refirió ir personalmente a sacar hora al hospital o tener que pedir día y hora vía teléfono al hospital que le corresponde. Contrastando la literatura, lo correcto sería que el efector de referencia brinde el día y la hora ya coordinadas. *(Ver Anexo6, Tabla N°14)*

La OPS refiere que el primer nivel de atención debería coordinar el continuo de servicios y del flujo de información a través de toda la red de servicios, sin importar donde el usuario DMT2 esté ubicado.

Grafica N°6: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario

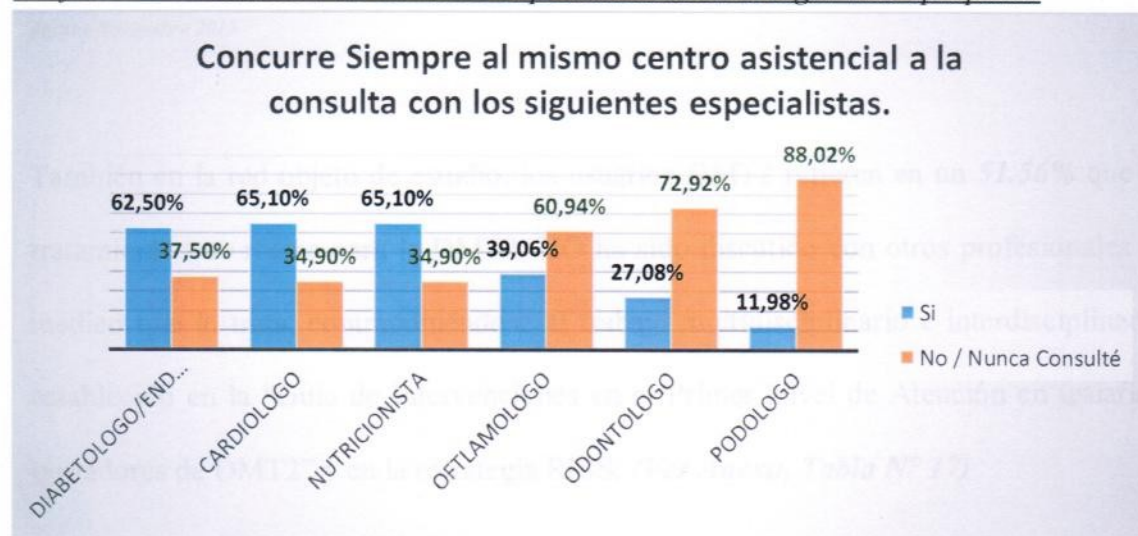


Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

La siguiente dimensión ***Prestación de Servicios Especializados en el Lugar más Apropiado***, refiere a que la atención prestada se ajusta a las necesidades comunes de toda la población, con una atención efectiva y basada en los mejores datos científicos disponibles, asignando y organizando los recursos, según criterios de equidad y eficiencia económica. Según la “Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención en usuarios portadores de DMT2”, establece que integrantes del equipo de salud deben estar presentes y que realicen un seguimiento longitudinal de los usuarios DMT2.

Respecto a los resultados en relación a si los usuarios DMT2 que concurren siempre al mismo centro asistencial para la consulta con los diversos especialistas, en relación al licenciado enfermero o nurse, el valor de **3.65%** creemos que se debe a un error por confusión de cargo por parte del usuario, ya que en una anterior pregunta relacionado a si conocen quienes integran el equipo de salud, nadie nombro al licenciado o nurse. Cabe destacar que hay auxiliares que desempeñan su tarea, pero se han recibido recientemente como licenciados y se presentan como tal. Cabe destacar también, que en el área donde se realizó la investigación, solamente hay 4 licenciados que son coordinadores de sub zonas. (*Ver Anexo 6, Tabla N° 15*)

Gráfica N°7: Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado



Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

Como fue mencionado en la dimensión abordada, **Mecanismos de Coordinación Asistencial**, en la RISS, debería existir una relación fluida entre los diferentes efectores dentro de la red, con formularios de referencia y contrarreferencia entre los diferentes servicios.

Tabla N° 18: Mecanismo de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios

Análisis Bivariado - FR%				
Usuarios Hospitalizados	SI	NO	NO SABE	TOTAL
¿Cuándo necesitó hospitalizarse enviaron al hospital un resumen de su historia clínica?	18,89%	53,33%	27,78%	100,00%
¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de sus internaciones hospitalarias?	37,08%	37,08%	25,84%	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios. Canelones. Agosto- Noviembre. 2015.

En relación a los usuarios DMT2 que necesitaron hospitalizarse (90 usuarios DMT2), un **18.89%** refirió que enviaron al hospital un resumen de su historia clínica y un 37.08% de usuarios DMT2, refirió que existen registros en sus historias clínicas sobre sus internaciones. Esto indicaría que no están funcionando correctamente los formularios de referencia y contrarreferencia, no cumpliendo con la importancia de tener un seguimiento y un trabajo interdisciplinario correcto a través de toda la red. **(Ver Anexo 6, Tabla N°18)**

La última dimensión, *Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad*, al enfocarnos en su definición, podemos decir que se basa en el cuidado holístico del individuo incorporando la interculturalidad y enfoque de género, centrado en el conocimiento de los derechos y deberes por parte del usuario; con un componente familiar y comunitario, abordando el cuidado del individuo en su contexto socio-cultural.

Tabla N° 19: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

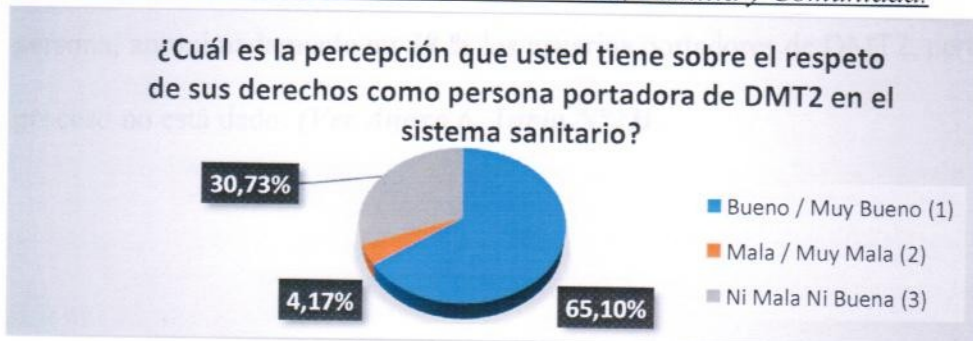
Análisis Bivariado - FR%				
Derechos del Usuario	SI	NO	No recuerda	TOTAL
Fue orientado en sus derechos como usuario SNIS	10,42%	77,08%	12,50%	100,00%
Conoce el funcionamiento del nuevo SNIS?	12,50%	87,50%	no corresponde	100,00%
Fue orientado en sus derechos como usuario portador de DMT2	36,46%	55,21%	8,33%	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

Las tres últimas variables mencionadas, contrasta negativamente con lo explicitado en la literatura en cuanto a los derechos y deberes de los usuarios del SNIS y como usuarios DMT2. (Ver Anexo 6, Tabla N° 19)

En referencia a la percepción de los usuarios sobre el respeto de sus derechos como persona portadora de DMT2 en el sistema sanitario, un **65.10%** la consideran BUENA/ MUY BUENA; Un **30.73%** no la considera NI MALA/ NI BUENA; Mientras que el **04.17%** la considera MALA o MUY MALA. (Ver Anexo 6, Tabla N°20)

Gráfica N°17: Atención centrada en la Persona, Familia y Comunidad.



Fuente: HERSS: Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

Con respecto a la percepción de los usuarios en relación a si sus creencias son tomadas en cuenta por parte del equipo de salud para el cuidado de su salud, un **76.46%** expresó que SI. *(Ver Anexo 6, Tabla N°21)*

En relación a la incorporación de medicina alternativa en acuerdo con el equipo de salud, el **15.63%** de los usuarios respondieron afirmativamente. Un **21.35%** de los usuarios incorporan medicina alternativa sin estar de acuerdo el equipo de salud. El restante **63.02%** de los usuarios NO incorpora medicina alternativa. *(Ver Anexo 6, Tabla N° 22)*

Con respecto a si los usuarios perciben que su género es tomado en cuenta para el tratamiento de su diabetes, un **54.81%** (74) de los usuarios respondieron afirmativamente. Un **45.19%**(61), percibe que su género no es tomado en cuenta para su tratamiento. Acotamos que **57** usuarios DMT2 corresponden al sexo masculino. *(Ver Anexo 6, Tabla N° 23)*

Sobre si las personas de su núcleo familiar, entorno laboral y/o social fueron capacitadas por el personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2, los resultados arrojaron que aproximadamente el **76%** de los usuarios DMT2 respondió que NO fueron capacitadas. *(Ver Anexo 6, Tabla N°24.1 y 24.2)*

Finalmente, contrastando con la literatura previamente estudiada, en relación a que el cuidado se adapte a las necesidades específicas de la persona; que haya empatía, respeto y confianza; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el proveedor y la persona, aproximadamente un **39 %** los usuarios portadores de DMT2, perciben que este proceso no está dado. *(Ver Anexo 6, Tabla N°25)*

CONCLUSIONES –

A través del trabajo de Investigación llevado a cabo, se puede concluir que la HERSS cumplió con su función, ayudando a cumplir con el objetivo general de la investigación en relación a la percepción del desempeño del componente Modelo Asistencial de los usuarios portadores de DMT2; el resultado final del desempeño para este componente fue de 0.44

Tomando como criterio la escala utilizada para medir el desempeño de las Funciones Especiales de Salud Pública (FESP), el valor obtenido se enmarca dentro de la categoría Desempeño Medio Inferior.

Cabe mencionar que el valor del desempeño obtenido para el componente en cuestión, NO pudo extrapolarse al desempeño global de la Red en relación a la percepción de los usuarios. Para obtener el desempeño de la misma, medido a través de la percepción de los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo 2, se debe realizar el mismo procedimiento descrito en el capítulo Plan de Análisis de Resultados, abarcando NO solo el componente Modelo Asistencial, sino también el Componente Organización y Gestión, y el Componente Gobernanza y Estrategia. Reiteramos que los mismos, son planteados en la Estrategia RISS por la OPS.

También se decidió comparar la dimensión 6: ***“Atención Centrada en la Persona, Familia, y Comunidad”*** cuyo valor fue **0.38**, con la FESP 4, ***“Participación Social en Salud”***, cuyo valor fue **0.35**; Más allá de que la mencionada investigación se llevase a cabo en un momento histórico, socio cultural, político diferente al actual, y enfocada a las FESP, y ya que ambas plantean aspectos de participación de los usuarios para el cuidado de su salud, concluimos que no cambió sustancialmente pese al paso del tiempo y con ello los diferentes momentos históricos y políticos.

Se optó por comparar estas dimensiones y No la globalidad del componente, ya que No encontramos puntos de comparación entre ambos.

En relación a los objetivos específicos, se pudo cumplir con la identificación de los usuarios DMT2, obteniendo de dichos datos una prevalencia de 8,43 usuarios DMT2 por cada 1000 habitantes.

También se logró medir el desempeño, previamente habiendo logrado identificar las dimensiones y ver su peso en relación al desempeño total del Modelo Asistencial.

En líneas generales, los valores obtenidos cuando se preguntó sobre la concurrencia al mismo centro asistencial a la consulta con diferentes especialistas para el control y seguimiento de su diabetes, nos orientaría a que la red no se ajusta a una correcta organización y asignación de los recursos.

En cuanto a la transferencia y contrarreferencia, se observaron falencias debido a los escasos usuarios que refieren que hay registros en la historias clínicas de la policlínica de referencia sobre la consulta con especialistas de otras policlínicas, así como cuando requirió hospitalizarse, enviaron desde la policlínica de referencia un resumen de su historia clínica al segundo nivel de atención; todo esto conllevaría a no tener un sistema de registro único por cada usuario.

A través d los datos obtenidos, la red no estaría involucrando a los ciudadanos para que gestionen mejor su salud a través de la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de su diabetes.

También consideramos que la red no estaría abordando al usuario portador de DMT2 de manera holística, ya que no aborda los problemas del individuo en el contexto familiar, socio cultural y en las circunstancias donde las personas viven, estudian y trabajan.

Con respecto a la percepción de los usuarios DMT2 en relación a la integración del equipo Multi e interdisciplinario conformado para el cuidado de su diabetes, se destacó que la totalidad de los usuarios no incluyeron dentro del equipo la figura del licenciado en enfermería y que tampoco se controlan con un licenciado de enfermería tal como las guías de intervenciones lo plantean.

El MSP plantea un equipo de proximidad con un médico general, pediatra, licenciado en enfermería y/o auxiliar de enfermería; o médico familiar, licenciado en enfermería y/o auxiliar de enfermería. Si bien los usuarios DMT2 no identifican al Licenciado de enfermería, un porcentaje elevado de los mismos, identificó la figura del auxiliar de enfermería, cumpliendo con lo establecido por el MSP.

En relación a los derechos y deberes del usuario, para poder ejercer los mismos como usuarios del SNIS y como usuarios DMT2, deben ser orientados por el personal de salud. Al no estar presente esta acción, atentaría contra las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Para finalizar podemos decir que todos estos ítems irían en desmedro del desempeño del componente Modelo Asistencial, relacionado a la ausencia del licenciado en enfermería en cuanto a las actividades inherentes de la profesión: Investigación, Administración, Asistencia y Docencia, principios fundamentales para cualquier servicio de salud.

SUGERENCIAS: LOGOGRÁFICAS

- Una sugerencia que hallamos fundamental es la inclusión de licenciados en enfermería en los distintos centros asistenciales de primer nivel, ya que la presencia de los mismos conlleva a un aumento en la calidad de los servicios por su rol en los equipos de salud, tanto desde las actividades interdependientes como independientes de enfermería profesional, vital para los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pilares en la atención primaria en salud.
- Se sugiere continuar con la realización de estos estudios debido a que son vitales para conocer el actual funcionamiento de las redes de salud y poder aplicar cambios en las estrategias para la mejora de los desempeños de los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Fariñas A, García Rodríguez JF, Rodríguez León GA, Gálvez González AM. ¿Constituye la integración en redes de servicios una estrategia efectiva para elevar la eficiencia de los sistemas de salud? Rev Salud en Tabasco. [Internet] 2011; 17(3): p. 75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48722325005> [consulta: 4 dic 2015].
2. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: redes integradas de servicios de salud. [Internet]. pág. 9. 2010. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250 [consulta: 10 set 2015].
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. [Internet]. 1964. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1133/42178.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 22 set 2015].
4. Levcovitz E, Antonio G, Sánchez D, Fernández Galeano M. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf> [consulta: 8 de nov 2015].
5. Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p.172.
6. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. [Internet]. 2003. Disponible en: http://www.oei.es/quipu/desarrollo_declaracion.pdf [consulta: 16 set 2015].
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Resolución Cd46: Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud. En: 46° Consejo Directivo, 52ª Sesión Del Comité Regional. [Internet]. 2005. Washington: 26-30.Ops/Oms. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevidео-2005.pdf [consulta: 5 set 2015].
8. Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978: atención primaria en salud. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518 [consulta: 5 set 2015].
9. Uruguay. Fondo Nacional de Recursos. Misión y objetivos. [Internet]. Disponible en: <http://www.fnr.gub.uy/mision> [consulta: 16 nov 2015].
10. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18211 de 5 diciembre de 2007. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211> [consulta 10 ago 2015].
11. Aran D, Laca H. Sistema de Salud de Uruguay. Salud Pública Méx [Internet] 2011; 53(2): 265-74. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800021&script=sci_arttext [consulta: 9 nov 2015].
12. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Misión y visión. [Internet]. Disponible en: http://www.asse.com.uy/uc_6882_1.html [consulta: 22 jun 2015].
13. Ibid.

14. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2014. Red. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=VXs6SD8> [consulta: 16 nov 2015].
15. Torres Esperón M. El trabajo en redes en la práctica de enfermería: acortando la distancia. *Rev Cubana Enferm* [Internet] 2010; 26(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200009&script=sci_arttext [consulta: 11 nov 2015].
16. Dabas E, Perrone N. Redes en salud. [Internet]. 1999. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf> [consulta: 11 nov 2015].
17. Regalado Miranda EM, Regalado Miranda E. Internet: la red de redes en Cuba. *Educ Med Super (Cuba)* [Internet] 1997; 11(1): 39-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21411997000100006&script=sci_arttext [consulta: 12 nov 2015].
18. Lozares C. La teoría de redes sociales. *Papers (España)* [Internet] 1996; (48): 103-26. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n48/02102862n48p103.pdf> [consulta: 4 nov 2015].
19. Martínez Ravanal V. El enfoque comunitario: el desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. [Internet]. 1998. Disponible en: http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez_ravanal.pdf [consulta: 30 oct 2015].
20. Méndes Vilaça E. Las redes de atención de salud. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es [consulta: 26 nov 2015].
21. Ibid. p. 78-9.
22. Morales Eraseo N. Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf [consulta: 28 oct 2015].
23. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las América: redes integradas de servicios de salud. [Internet]. 2010. Pag.29. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250 [consulta: 10 set 2015].
24. Ibid. p. 9.
25. Ibid. p. 31.
26. Argentina. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Programa para el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud FEAPS. [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/ARG/00056943_Prodoc.pdf [consulta: 12 set 2015].
27. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2014. Atributo. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=4KiETWb> [consulta: 16 nov 2015].

28. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2014. Calidad. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P> [consulta: 16 nov 2015].
29. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial (España) [Internet] 2001; 16 (1): 29-37. Disponible en: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf> [consulta: 24 nov 2015].
30. Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Op. Cit. p.173.
31. Villar H. Gestión de Servicios de Salud. Cap. III] Gestión de Calidad. [pág. 359]. Montevideo. Ed. Zona Editorial. 2012.
32. Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Op. Cit. p.172.
33. Donabedian A. Efectividad de la garantía de calidad. Rev Calidad Asistencial (España) [Internet] 2001; 16. p. 131. Disponible en: <http://www.fadq.org/portals/0/investigacion/monografico%20avedis%202parte.pdf> [consulta: 2 nov 2015].
34. Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Op. Cit. p.182.
35. Ibid. p. 175.
36. Ibid.
37. Ibid. p. 178
38. Ibid.
39. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2014. Desempeño. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=CqSKDLk> [consulta: 4 dic 2015].
40. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2014. Desempeñar. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=CqRHucK> [consulta: 4 dic 2015].
41. 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. En: Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. [Internet]. 2011. p.16. Disponible en: http://200.47.45.37/siteint/capacitasalud/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=107&Itemid=4. [Consulta: 4 de dic 2015].
42. Ibid. p.11
43. Organización Panamericana de la Salud. El Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el Uruguay. Montevideo: OPS, 2002
<http://www.bvsops.org.uy/pdf/saludpub.pdf> [consulta: 4 dic 2015].
44. Ibid. pág. 17.

45. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2014. Percepción. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id= SX9HJy3> [consulta: 4 dic 2015].
46. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de la participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial (España) [Internet] 2001; 16: 276-9. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/v124.pdf> [consulta: 24 nov 2015].
47. Organización Mundial de la Salud. La diabetes muestra una tendencia creciente en las Américas. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=467:la-diabetes-muestra-tendencia-ascendente-americas&Itemid=215 [consulta: 3 set 2015].
48. Ferrero R; García MV. Encuesta de Prevalencia de la Diabetes en Uruguay. Intramed. 10 agosto 2005. Último acceso 4 de dic 2015 . Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=36163> [consulta: 1 dic 2015].
49. Jiménez Paneque R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2004; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es [consulta: 26 oct 2015].
50. Ibid.
51. Chile. Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud. Aspectos éticos. [Internet]. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fonis/sobre-fonis/aspectos-eticos/> [consulta: 28 oct 2015].
52. Comisión de Bioética y Calidad de Atención. Msp. Investigación en seres humanos. Decreto 379/008. Último acceso 15 de setiembre de 2014. Disponible en: http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/pdf/uruguay_decreto_PE_investigacion2008.pdf [consulta: 11 nov 2015].

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Abertzky R, Bramuglia C, Godio C. Los sistemas de salud en los países del Mercosur. Rev Margen (Colombia) [Internet] 2009; 54:1-9. Disponible en:
<http://www.margen.org/suscri/margen54/bramuglia.pdf> [consulta: 5 nov 2015].

Álvarez Heredia F, Álvarez Heredia A, Escalante Angulo C, Faizal Geagea E. Auditoría médica y epidemiología. [Internet]. 2009. Disponible en
<https://books.google.com.uy/books?id=Qb1-AQAAQBAJ&lpg=PA155&ots=koLj0NoX6&dq=enfermedad%20trazadora&pg=PA155#v=onepage&q&f=false> [consulta: 4 oct 2015].

Coheña Jiménez M. Evaluación de la percepción de calidad asistencial en el área clínica podológica de la Universidad de Sevilla [tesis de doctorado]. Sevilla: Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla; 2012. Disponible en:
<http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/2572/evaluacion-de-la-percepcion-de-la-calidad-asistencial-en-el-area-clinica-podologica-de-la-universidad-de-sevilla/> [consulta: 24 nov 2015].

Coleman C, Bouësseau M, Reis A. Contribución de la ética a la salud pública. Boletín Organización Mundial de la Salud [Internet] 2008; 86:577-665. Disponible en:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/> [consulta: 22 oct 2015].

Hernández de Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington: OPS; 1986.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 5a. ed. México: McGraw Hill; 2010.

Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Internet]. 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/consulta> [consulta: 20 ago 2015].

Rovere M. Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. [Internet]. 1999. Disponible en:
<http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=8565&tipo=objetoMultimedia> [consulta: 12 nov 2015].

Suñol R. Reflexiones sobre calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial (España) [Internet]. 2001; 16:580-7 Disponible en:
<http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%20parte.pdf>
[consulta: 9 nov 2015].

Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Diabetes Mellitus tipo 2: guía de intervenciones en el primer nivel de atención. [Internet]. Disponible en:
<http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3613,18170> [consulta: 10 ago 2015].

Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Dirección de Sistemas de Información. Total del país de usuarios ASSE, por tipo de cobertura según sexo y grupos de edad. [Internet]. 2015. Disponible en:
http://www.asse.com.uy/uc_6604_1.html [consulta: 12 nov 2015].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Derechos y beneficios de usuarios del sistema nacional integrado de salud. [Internet]. 2011. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Derechos_y_Beneficios_y_su_correlato_legal.pdf [consulta: 6 dic 2015].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Equipos de salud del primer nivel de atención. [Internet]. 2014. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf [consulta: 12 oct 2015].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Investigación en Seres Humanos. Decreto 379/008 de 4 de agosto de 2008. Disponible en:
http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_0001.PDF [consulta: 25 oct 2015].

ANEXOS

ANEXO 1 - Operacionalización de las variables

1. A

Variables de Investigación			
Componente: MODELO ASISTENCIAL			
Dimensión 1	Población y Territorio a cargo, definidos y amplio conocimiento de sus necesidades		
	Definición Operacional	Nivel de Medición	Categorías
1	¿Conoce la policlinica que le corresponde para atender su salud?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
2	¿Concurre siempre a la misma policlinica para el control y seguimiento de su Diabetes?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
NO pase a P4			
3	¿Es la policlinica que se encuentra más cercana a su domicilio, trabajo o centro de estudio?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
4	¿Le han realizado en la policlinica, alguna encuesta relacionada con la Diabetes?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No Recuerda
5	¿Le han realizado en la zona donde vive, alguna encuesta relacionada a temas de salud?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No Recuerda

1. B

Dimensión 2	Extensa Red de Establecimientos de Salud.		
	Definición Operacional	Nivel de Medición	Categorías
6	¿En la policlinica, existe un programa específico para la atención al usuario portador de DMT2?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No Sabe
NO pase a P8			
	¿Usted participa en dicho programa?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
8	¿Si usted tuviera que internarse, conoce los hospitales de referencia de su policlinica?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
9	¿Si usted necesita consultas con especialistas (diabetólogo, oftalmólogo, cardiólogo, nutricionista, odontólogo, etc.), sabe a qué policlinica tiene que concurrir?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
10	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales para realizarse exámenes básicos de RX y laboratorio?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
11	¿Conoce el o los establecimientos asistenciales de referencia de su policlinica, para retirar medicamentos y material para el automonitoreo de glicemia?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
12	Cuando pide hora para un control de salud en su policlinica, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por el equipo de salud?	Cualitativa - Nominal - Politomica	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?	Cualitativa - Nominal - Politomica	>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?	Cualitativa - Ordinal - Politomica	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre
15	¿Ha tenido dificultades para obtener los insumos para el automonitoreo de glucemia?	Cualitativa - Ordinal - Politomica	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre

1. C

Dimensión 3	Primer Nivel de Atención Multidisciplinario.		
	Definición Operacional	Nivel de Medición	Categorías
16	¿Ha concurrido a la puerta de emergencias para realizarse los controles de Diabetes, sin sentirse en ese momento descompensado?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si
			No
			NO RECUERDA
			NO SE CONTROLA
NO – NO RECUERDA – NO SE CONTROLA <i>pase a P18</i>			
17	¿Porque concurrió a la puerta de Emergencia y no fue a la policlinica?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Por los horarios de la policlinica
			Por demora en conseguir cita con Médico Gral
			Por demora en conseguir cita con Especialista
			Porque no existe material para monit. glicemia en la poli.
			Otro
18	¿Conoce las profesiones que integran el equipo de salud de la policlinica, que trabajan en su atención?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	si
			no
NO <i>pase a P20</i>			
19	¿Cuáles son?	Cualitativa - Nominal	
20	¿Cuándo tiene que realizarse estudios o necesita tratamiento en hospitales:	Cualitativa - Nominal - Politomica	le coordinan la hora desde su policlinica y le avisan?
			sale de la consulta de la policlinica 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

1. D

Dimensión 4	Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado.		
	Definición Operacional	Nivel de Medición	Categorías
21	¿Concurre siempre al mismo centro asistencial a realizarse los exámenes básicos de:	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si
	Sangre?		No
	Rx?		No se ha realizado
	Ecografías?		
22	¿Concurre siempre al mismo centro asistencial a la consulta con:	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si
	Endocrinólogo?		No
	Cardiólogo?		No se ha realizado
	Nutricionista?		
	Odontólogo?		
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:	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si
	en su domicilio?		No
	en su trabajo?		No recuerda
	estudios?		No corresponde
24	¿En las internaciones hospitalarias concurre siempre al centro hospitalario que le corresponde?	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si
			No
			No corresponde

1.E

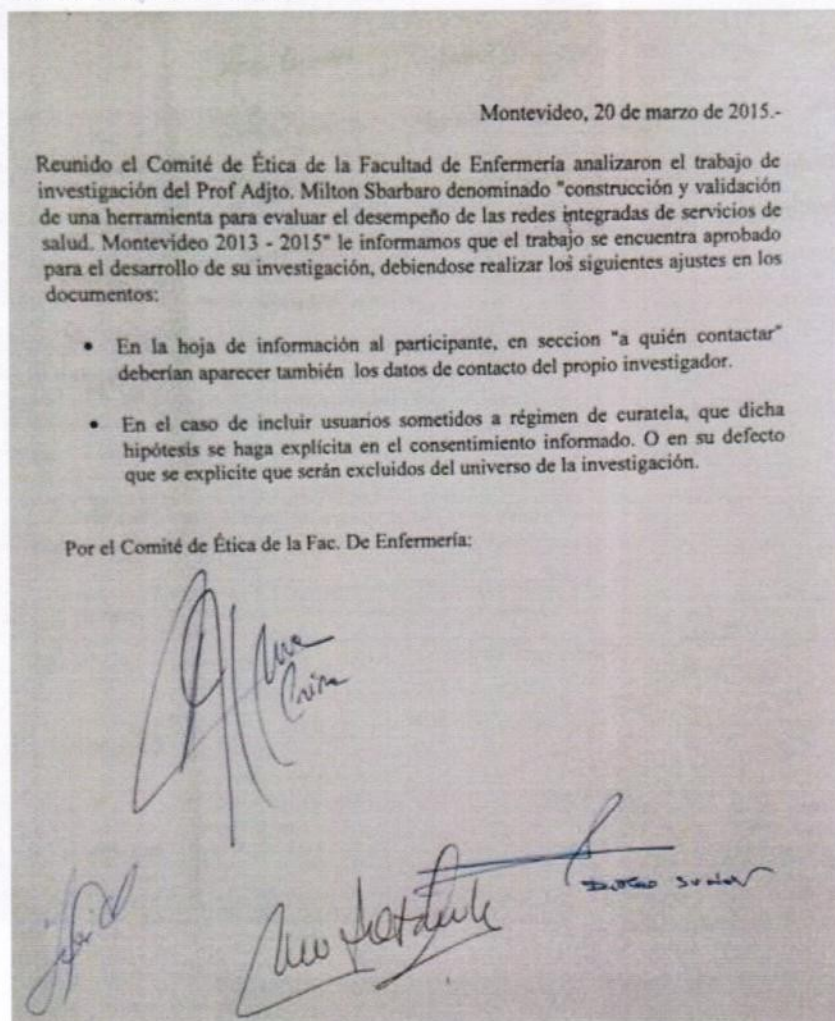
Dimensión 5	Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios.		
	Definición Operacional	Nivel de Medición	Categorías
25	¿Cada cuánto tiempo se controla con los siguientes especialistas	Cualitativa - Nominal - Politomica	>3 Meses
			≤3 – 6 Meses≥
	Diabetólogo/Endocrinólogo?		≤6 – 12Meses≥
	Cardiólogo? Lic. Enfermero (Nurse)?		<12 MESES
	Nutricionista? Oftalmólogo?		NO HAY RUTINA
	Odontólogo? Podólogo?		
26	¿Cada cuánto tiempo se realiza controles de:	Cualitativa - Nominal - Politomica	>3 Meses
	HbA1c? Glucemia?		≤3 – 6 Meses≥
	Perfil lipídico? Proteinuria?		≤6 – 12Meses≥
	Creatinina? Microalbuminuria?		<12 MESES
	Peso? Estatura?		NO HAY RUTINA
27	¿El tratamiento que usted recibe (para la DMT2), ha sido discutido con otros profesionales diferentes al médico que lo trata?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No sabe
28	¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de la consulta con Especialistas de otras policlínicas u hospitales?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No sabe Nunca Consulté
NUNCA CONSULTE pase a P30			
29	Cuándo concurre a una consulta con un Especialista de otra policlínica u hospital, ¿Dicho profesional tiene un resumen de su historia clínica?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No sabe Nunca Consulté
30	¿Cuándo necesitó hospitalizarse enviaron al hospital un resumen de su historia clínica?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No sabe Nunca Consulté
NO ME HOSPITALICE pase a P32			
31	¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de sus internaciones hospitalarias?	Cualitativa - Nominal - Politomica	Si No No sabe No me Hospitalicé

1.F

Dimensión 6	Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.		
	Definición Operacional	Nivel de Medición	Categorías
32	¿Usted fue orientado en los derechos que tiene como usuario del SNIS?	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si No No Recuerda
33	¿Usted conoce el funcionamiento del nuevo SNIS?	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si No No Recuerda
34	¿Usted fue orientado en los derechos de atención a la salud que tiene como persona portadora de DMT2?	Cualitativa - Nominal - Politómica	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?	Cualitativa - Ordinal - Politómica	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?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
37	¿Usted incorpora la medicina alternativa (por ejemplo yuyos) como parte del tratamiento de la DMT2?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
NO pase a P39			
38	¿Lo realiza en acuerdo con el equipo de salud de la policlínica?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si No
39	¿Usted percibe si su género es tomado en cuenta para el tratamiento que le realizan?	Cualitativa - Nominal - Politómica	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?	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si No No Sabe No Corresponde
NO – NO SABE- No Corresponde pase a P42			
41	Si su respuesta es positiva, ¿esa capacitación fue a través de?	Cualitativa - Nominal - Politómica	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?	Cualitativa - Nominal - Politómica	Si No No Sabe
NO – NO SABE – No Corresponde pase a P44			
43	Si su respuesta es positiva, ¿esa capacitación fue a través de?	Cualitativa - Nominal - Politómica	Cursos Charlas Folletería Otro
44	¿Usted participa en las decisiones sobre el tratamiento de su diabetes?	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si NO

ANEXO 2 -

2.1 Carta Comité de Ética



2.2 Carta de autorización para trabajo de campo ASSE

DIRECCIÓN REGIÓN SUR
ASSE

INC	U.E.	Nº	ANO
89	068	3	2014

Montevideo, octubre de 2014

Administración de los Servicios de Salud del Estado
RAP Canelones Este
Dir. Lic. Claudia López

De mi mayor consideración:

A través de la presente solicito la autorización para realizar una investigación sobre el trabajo en redes sanitarias, en los servicios que usted dirige.

Dicha investigación se enmarca en el desarrollo de mi tesis doctoral, realizada en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) de Cuba, en convenio con la Facultad de Enfermería de la UdelAR, y lleva por título "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 2012-2015".

La misma se centra en el estudio de las Redes Integradas de Servicios de Salud, planteándose desarrollar el trabajo de campo en la Red de Atención del Primer Nivel Canelones Este de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Le adjunto el protocolo de la investigación y nota de la Comisión de Grados Científicos de la ENSAP, donde consta la aprobación del mismo por dicha comisión y por el Consejo Científico.

Sin más y agradeciendo su colaboración saluda a usted atte.

Prof. Adjto. Exp. Milton Shórbaro
Cátedra de Administración
Fac. Enfermería - UdelAR
(091298160)

21/11/14 Reuberto, Paso a R. Sur, Paso de Carreteras, 2

Pase a Dir. de Centro Asistencial de Pando (U.E.)
A los efectos de enviar a la Dir. de RAP Este:

- Se informa que se autoriza la realización de la investigación "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".
- Se requiere que los resultados deban ser entregados a la Dirección de la RAP Canelones Este, previo a su difusión o publicación.
- Queda a su disposición el documento elaborado "Proceso Asistencial Integrado: Diabetes Mellitus tipo 2", informe técnico del 2014.

Dra. Gabriela Lamque
Directora de Centro Asistencial de Pando
Canelones Este U.E. ASSE

Dra. Alejandra Caputi
Directora de Centro Asistencial de Pando
Canelones Este U.E. ASSE

ASSE

9/2/15

Reuberto, notifique al Prof. Adjto. Milton Shórbaro sobre los papeles recibidos por la U.E. de Pando. En el presente este estudio se basa en los resultados de dicho estudio.

LIC. CLAUDIA LÓPEZ
Directora de Centro Asistencial de Pando
Canelones Este U.E. ASSE

ANEXO 3- Información del participante

Hoja de Información al participante

Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Centro de Pos Grado

Investigación:

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 Canelones Este – ASSE. 2012-2015

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres mayores de 20 años, portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, a los trabajadores de la RAP Canelones Este de ASSE; y a los Directivos de dichos servicios de salud.

Nombre del participante: _____

Introducción

Mi nombre es Milton Sbábaro Romero, soy docente de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería – UdelaR, y estoy desarrollando una investigación referida a las redes de atención de servicios de salud, enfocada en la atención a los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2; enfermedad prevalente en nuestro país.

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 los trabajadores de las policlínicas pertenecientes a la RAP Canelones Este - ASSE; a los Directivos de dichos servicios de salud y a los miembros del Directorio de la RAP Canelones Este - ASSE, a participar de la investigación sobre redes de servicios de salud.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. 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 los gestores de los servicios para mejorar el funcionamiento y el acceso a los servicios prestados por la red de las personas portadoras de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Incentivos

El participar de ésta investigación no le dará a usted ningún tipo de regalías ni incentivos, 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 Milton Sbárbaro Romero, investigador principal, teléfono 2487 69 67, celular 091298160, correo msbarbaro@fenf.edu.uy

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.

Prof. Adjto. Lic. Esp. Milton Sbárbaro Romero

Cátedra de Administración

ANEXO 4 - consentimiento

Consentimiento Informado

Yo _____, c.i. N° _____ 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 Canelones Este – ASSE. 2012-2015**", cuyo objetivo es evaluar el desempeño de la red integrada de servicios de salud de la Red de Atención del Primer Nivel Canelones Este, en el cuidado de los usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo2.

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 perjudicará mi persona.

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. Confirmando 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 apegó a ella.

Firma del investigador

____/____/_____
Fecha

c.c.p El participante.

ANEXO 5 – instrumento: herramienta para medir evaluación de las redes de los servicios sanitarias (HERSS).

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
NO pase a P4		
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 RECUERDA
5	¿Le han realizado en la zona donde vive, alguna encuesta relacionada a temas de salud?	SI NO NO RECUERDA

Dimensión: <i>Extensa Red de Establecimientos de Salud.</i>	
6	¿En la policlínica, existe un programa específico para la atención al usuario portador de DMT2? SI NO NO SABE NO pase a P8
7	¿Usted participa en dicho programa? SI NO
8	¿Si usted tuviera que internarse, conoce 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 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 - 7 D.> ≤8 - 15 D.> ≤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 – NO RECUERDA – NO SE CONTROLA <i>pase a P19</i>	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
	NO <i>pase a P20</i>	
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:	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:	SI	NO	Nunca Consulte
	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
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?			
	en su trabajo?	SI	NO	No Recuerda
	en su centro de estudios?	SI	NO	No Corresponde
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 cuánto 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
26	¿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
	Creatinina?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES	NO HAY RUTINA
	Peso?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<12 MESES	NO HAY RUTINA
	Estatura?	>3 Meses	≤3 – 6 Meses	≤6 – 12Meses	<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 u hospitales?			SI	NO	NO SABE
	NUNCA CONSULTE, pase a P30			NUNCA CONSULTE		
29	¿Cuándo concurre a una consulta con un Especialista de otra policlílica 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, pase a P32			NO ME HOSPITALICE		
31	¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de sus internaciones hospitalarias?			SI	NO	NO SABE
				NO ME HOSPITALICE		

ANEXO 6

Dimensión: <i>Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.</i>		
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?	SI NO
37	¿Usted incorpora la medicina alternativa (por ejemplo yuyos) como parte del tratamiento de la DMT2?	SI NO
	NO pase a P39	
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 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 – NO SABE- No Corresponde pase a P42	
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
	NO – NO SABE – No Corresponde pase a P44	
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

ANEXO 6

1. Valor en el Desempeño del Componente Asistencial.

Tabla N° 1: Valores de las Dimensiones del Modelo Asistencial

Dimensiones del Modelo Asistencial	
Peso de cada Dimensión	
Población y Territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades	52%
Extensa Red de Establecimientos de Salud	74%
Primer Nivel de Atención Multidisciplinario	61%
Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado	35%
Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios	39%
Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.	38%

Fuente: HERSS: Componente Modelo Asistencial. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

2. Variable 1: ¿Conoce la policlínica que le corresponde para atender su salud?

Tabla N°2: Población y Territorio a Cargo y Amplio Conocimiento de Necesidades

Variable 1	Categoría	FA	FR%
¿Conoce la policlínica que le corresponde para atender su salud?	Si (1)	191	99,48%
	No (2)	1	0,52%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión Población y Territorio a Cargo Definido y Amplio Conocimiento de Necesidades. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

3. Variable 2: ¿Concurre siempre a la misma policlínica para el control y seguimiento de su Diabetes?

Tabla N°3: Población y Territorio a Cargo y Amplio Conocimiento de Necesidades

Variable 2	Categoría	FA	FR%
¿Concurre siempre a la misma policlínica para el control y seguimiento de su Diabetes?	Si (1)	179	93,23%
	No (2)	13	6,77%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión Población y Territorio a Cargo Definido y Amplio Conocimiento de Necesidades. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

4. Variable 4: ¿Le han realizado en la policlínica, alguna encuesta relacionada con la Diabetes?

Tabla N°4: Población y Territorio a Cargo y Amplio Conocimiento de Necesidades

Variable 4	Categoría	FA	FR%
¿Le han realizado en la policlínica, alguna encuesta relacionada con la Diabetes?	Si (1)	15	7,81%
	No (2)	150	78,13%
	No recuerda (3)	27	14,06%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión Población y Territorio a Cargo Definido y Amplio Conocimiento de Necesidades. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

5. Variable 5: ¿Le han realizado en la zona donde vive, alguna encuesta relacionada a temas de salud?

Tabla N°5: Población y Territorio a Cargo y Amplio Conocimiento de Necesidades

Variable 5	Categoría	FA	FR%
¿Le han realizado en la zona donde vive, alguna encuesta relacionada a temas de salud?	Si (1)	16	8,33%
	No (2)	155	80,73%
	No recuerda (3)	21	10,94%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión Población y Territorio a Cargo Definido y Amplio Conocimiento de Necesidades. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

6. Análisis Bivariado: Existencia de Programa Específico y Participación.

Tabla N° 6: Mecanismo de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios

Análisis Bivariado - FR%					
Existencia de Programa Específico y Participación.		Participación en Programa Específico			
		SI	NO	No Corresponde	TOTAL
Existencia de Programa Específico para la atención del usuario DMT2	SI	8,33%	9,38%	0%	17,71%
	NO	0%	0%	38,54%	38,54%
	No Sabe	0%	0%	43,75%	43,75%
TOTAL		8,33%	9,38%	82,29%	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

7. Variable 7: ¿Usted participa en dicho programa?

Tabla N° 7: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud

Variable 7	Categoría	FA	FR	FR%
¿Usted participa en dicho programa?	Si (1)	16	0,44	44,44%
	No (2)	20	0,56	55,56%
TOTAL		36	1,00	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

8. Variable 12: ¿Cuándo pide hora para un control de salud en su policlínica, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por el equipo de salud?

Tabla N°8: Extensa Red de Establecimientos de Salud

Variable 12	Categoría	FA	FR%
Cuando pide hora para un control de salud en su policlínica, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por el equipo de salud?	24 hrs o < (1)	94	48,96%
	> 24 hrs (2)	91	47,40%
	No recuerda (3)	7	3,65%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

9. Variable 13: ¿Cuándo pide hora para ver a un Especialista, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por él?

Tabla N°9: Extensa Red de Establecimientos de Salud

Variable 13	Categoría	FA	FR%
Cuando pide hora para ver a un Especialista, ¿cuánto tiempo demora en ser visto por él?	< ó = 30 días (1)	64	37,21%
	> 30 días (2)	103	59,88%
	No recuerda (3)	5	2,91%
TOTAL		172	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

10. Variable 14: ¿Ha tenido dificultades para obtener los medicamentos para el tratamiento de su diabetes?

Tabla N° 10.1: Extensa Red de Establecimientos de Salud.

Variable 14	Categoría	FA	FR%
¿Ha tenido dificultades para obtener los medicamentos para el tratamiento de su diabetes?	Nunca (1)	113	59,47%
	Casi Nunca / A veces / Casi siempre / Siempre (2)	77	40,53%
TOTAL		190	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

11. Variable 15: ¿Ha tenido dificultades para obtener los insumos para el automonitoreo de glucemia?

Tabla N° 10.2: Extensa Red de Establecimientos de Salud

Variable 15	Categoría	FA	FR%
¿Ha tenido dificultades para obtener los insumos para el automonitoreo de glucemia?	Nunca (1)	77	53,47%
	Casi Nunca / A veces / Casi siempre / Siempre (2)	67	46,53%
TOTAL		144	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Extensa Red de Establecimientos de Salud. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

12. Variable 16: ¿Ha tenido dificultades para obtener los insumos para el automonitoreo de glucemia?

Tabla N°11: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario.

Variable 16	Categoría	FA	FR%
¿Ha concurrido a la puerta de emergencias para realizarse los controles de Diabetes, sin sentirse en ese momento descompensado?	No (1)	171	91,44%
	Si (2)	6	3,21%
	No recuerda (3)	10	5,35%
TOTAL		187	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

13. Variable 17: ¿Conoce las profesiones que integran el equipo de salud de la policlínica, que trabajan en su atención?

Tabla N° 12: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario

Variable 17	Categoría	FA	FR%
¿Conoce las profesiones que integran el equipo de salud de la policlínica, que trabajan en su atención?	Si (1)	117	60,94%
	No (2)	75	39,06%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

14. Variable 17.1: Identifica personal de enfermería

Tabla N°13: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario

Variable 17.1	Categoría	FA	FR%
Identifica personal de enfermería	Si - Aux.	84	71,79%
	Si - Lic.	0	0,00%
	No	33	28,21%
TOTAL		117	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

15. Variable 18: Cuándo tiene que realizarse estudios o necesita tratamiento en hospitales:

Tabla N° 14: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario

Variable 18	Categoría	FA	FR%
¿Cuándo tiene que realizarse estudios o necesita tratamiento en hospitales:	Coordinan desde la Polic. y avisan / Sale de consulta con fecha y hora. (1)	26	16,05%
	Coordina Ud. En el hospital / Pide fecha y hora Ud. Por teléfono (2)	136	83,95%
TOTAL		162	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Primer Nivel de Atención Multidisciplinario. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

16. Variable 22: Concorre Siempre al mismo centro asistencial con los siguientes especialistas:

Tabla N° 15: Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado.

Variable 22		
Concorre Siempre al mismo centro asistencial con los siguientes especialistas:	FR %	
	Si	No / Nunca Consulté
Diabetólogo/Endocrinólogo	62,50%	37,50%
Cardiólogo	65,10%	34,90%
Lic. Enfermero (nurse)	3,65%	96,35%
Nutricionista	65,10%	34,90%
Oftalmólogo	39,06%	60,94%
Odontólogo	27,08%	72,92%
Podólogo	11,98%	88,02%

Fuente: HERSS: Dimensión: Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

17. Variable 25: Cada cuanto tiempo se controla con los siguientes especialistas:

Tabla N° 16: Mecanismo de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios

Variable 25		
Cada cuanto tiempo se controla con los siguientes especialistas:	FR %	
	Plazo Establecido según "Guía de Intervenciones"	Plazo No establecido por "Guía de Intervenciones"
Diabetólogo/Endocrinólogo	53,65%	46,35%
Cardiólogo	50,52%	49,48%
Lic. Enfermero (nurse)	1,56%	98,44%
Nutricionista	31,25%	68,75%
Odontólogo	19,79%	80,21%
Oftalmólogo	26,04%	73,96%
Podólogo	7,29%	92,71%

Fuente: HERSS: Dimensión: Mecanismo de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

18. Variable 27: ¿El tratamiento que usted recibe (para la DMT2), ha sido discutido con otros profesionales diferentes al médico que lo trata?

Tabla N° 17: Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios

Variable 27	Categoría	FA	FR%
¿El tratamiento que usted recibe (para la DMT2), ha sido discutido con otros profesionales diferentes al médico que lo trata?	Si (1)	7	3,65%
	No (2)	99	51,56%
	No sabe (3)	86	44,79%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

19. Análisis Bivariado: Usuarios Hospitalizados

Tabla N° 18: Mecanismo de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios

Análisis Bivariado - FR%				
Usuarios Hospitalizados	SI	NO	NO SABE	TOTAL
¿Cuándo necesitó hospitalizarse enviaron al hospital un resumen de su historia clínica?	18,89%	53,33%	27,78%	100,00%
¿Existen registros escritos en su Historia Clínica de sus internaciones hospitalarias?	37,08%	37,08%	25,84%	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Mecanismos de Coordinación Asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios. Canelones. Agosto-Noviembre. 2015.

20. Análisis Bivariado: Derechos del Usuario.

Tabla N° 19: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

Análisis Trivariado - FR%				
Derechos del Usuario	SI	NO	No recuerda	TOTAL
Fue orientado en sus derechos como usuario SNIS	10,42%	77,08%	12,50%	100,00%
Conoce el funcionamiento del nuevo SNIS?	12,50%	87,50%	no corresponde	100,00%
Fue orientado en sus derechos como usuario portador de DMT2	36,46%	55,21%	8,33%	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

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

Tabla N°20: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

Variable 35	Categoría	FA	FR%
¿Cuál es la percepción que usted tiene sobre el respeto de sus derechos como persona portadora de DMT2 en el sistema sanitario?	Bueno / Muy Bueno (1)	125	65,10%
	Mala / Muy Mala (2)	8	4,17%
	Ni Mala Ni Buena (3)	59	30,73%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

22. Variable 36: ¿Usted percibe que sus creencias son tomadas en cuenta por el equipo de salud de la policlínica, para el cuidado de su salud?

Tabla N°21: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

Variable 36	Categoría	FA	FR%
¿Usted percibe que sus creencias son tomadas en cuenta por el equipo de salud de la policlínica, para el cuidado de su salud?	Si (1)	147	76,56%
	No (2)	45	23,44%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

23. Análisis Bivariado: Incorporación de Medicina Alternativa en Acuerdo con el Equipo de Salud

Tabla N° 22: Atención Centrada en la Persona, la Familia y Comunidad.

Análisis Bivariado				
Incorporación de Medicina Alternativa en Acuerdo con el Equipo de Salud	FR%			
	SI	NO	No corresponde	TOTAL
SI	15,63%	21,35%	0,00%	36,98%
NO	0,00%	0,00%	63,02%	63,02%
TOTAL	15,63%	21,35%	63,02%	100,00%

Fuente: HERSS: Dimensión: Atención Centrada en la Persona, la Familia y Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015

24. Variable 39: ¿Usted percibe si su género es tomado en cuenta para el tratamiento que le realizan?

Tabla N°23: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

Variable 39	Categoría	FA	FR%
¿Usted percibe si su género es tomado en cuenta para el tratamiento que le realizan?	Si (1)	74	54,81%
	No (2)	61	45,19%
TOTAL		135	100,00%

Fuente: Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

25. Variable 40: ¿Personas de su núcleo familiar fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2?

Tabla N°24.1: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

Variable 40	Categoría	FA	FR%
¿Personas de su núcleo familiar fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2?	No corresp. (0)	4	2,08%
	Si (1)	20	10,42%
	No (2)	145	75,52%
	No sabe (3)	23	11,98%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

26. Variable 42: ¿Personas de su entorno laboral y/o social fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2?

Tabla N°24.2: Atención Centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

Variable 42	Categoría	FA	FR%
¿Personas de su entorno laboral y/o social fueron capacitadas por personal de la policlínica, para colaborar en el cuidado de su DMT2?	Si (1)	7	3,65%
	No (2)	147	76,56%
	No sabe (3)	38	19,79%
TOTAL		192	100,00%

Fuente: Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

27. Variable 44. ¿Usted participa en las decisiones sobre el tratamiento de su diabetes?

Tabla N°25: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad.

Variable 44	Categoría	FA	FR	FR%
¿Usted participa en las decisiones sobre el tratamiento de su diabetes?	Si (1)	116	0,60	60,42%
	No (2)	76	0,40	39,58%
TOTAL		192	1,00	100,00%

Fuente: Dimensión: Atención centrada en la Persona, la Familia y la Comunidad. Canelones. Agosto-Noviembre 2015.

ANEXO 8

PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA						
Nº	Actividad	Lugar	Fecha	Participantes	Días	Costos
1	Tutoría por aplicación de HERSS	Montevideo	jul-15	3 estudiantes de Licenciatura	1 día	Traslado en Auto - \$400
2	Recolección de Material para entrevista aportado por el Prof. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero	Montevideo	ago-15	3 estudiantes de Licenciatura	1 día	Traslado en Auto - \$400
3	Trabajo de Campo - Recolección de "N" total	Canelones Este	ago-15	3 estudiantes de Licenciatura	3 días	Traslado en Auto - \$2400 p/2 coches.
4	Trabajo de Campo - Recolección de "N" total	Canelones Este	set-15	2 estudiante de Licenciatura	6 días	Traslado en Auto - \$3000
5	Trabajo de Campo - Recolección de "N" total	Canelones Este	set-15	1 estudiante de Licenciatura	5 días	Traslado en Auto - \$1500
6	Tutoría con Prof. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero	Montevideo	Set 15	3 estudiantes de Licenciatura	2 días	Traslado en Auto - \$800
7	Trabajo de Campo - Recolección de "N" total	Canelones Este	oct-15	2 estudiantes de Licenciatura	4 días	Traslado en Auto - \$2000
8	Trabajo de Campo - Recolección de "N" total	Canelones Este	oct-15	1 estudiantes de Licenciatura	5 días	Traslado en Auto - \$1500
9	Trabajo de Campo - Entrevistas Usuarios DMT2	Canelones Este	oct-15	2 estudiantes de Licenciatura	7 días	Traslado en Auto - \$3500
10	Trabajo de Campo - Entrevistas Usuarios DMT2	Canelones Este	oct-15	1 estudiante de Licenciatura	11 días	Traslado en Auto - \$3300
11	Tutoría con Prof. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero	Montevideo	Set 15	3 estudiantes de Licenciatura	2 días	Traslado en Auto - \$800
12	Trabajo de Campo - Entrevistas Usuarios DMT2	Canelones Este	nov-15	2 estudiantes de Licenciatura	6 días	Traslado en Auto - \$3000
13	Tutoría con Prof. Lic. Esp. Milton Sbarbaro Romero	Canelones Este	nov-15	1 estudiantes de Licenciatura	3 días	Traslado en Auto - \$1200

PRESUPUESTO OPERATIVO DE LA INVESTIGACION		
Recurso	Horas	Costo
RRHH	Tres estudiantes de Lic. en Enfermería para 8hrs.semanales promedio. Un Prof. Adj. Para 5hrs. Promedio al mes, y una Doc. Asist. Para 5hrs. promedio al mes	\$U -
RRMM	Tres computadoras, Material de papelería (Lapiceras, cuadernolas, separadores, resaltadores, sobres de carta, hojas A4, etc.)	\$U 500,00
RRFF	Gastos de impresión y encuadernación. Viáticos.	\$U 2.500,00