

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Económicas y de Administración

Trabajo de Investigación Monográfica para la obtención del
Título de Contador Público - Plan de Estudio 1990
Cátedra de Introducción a las Organizaciones
Tutor: Cr. Lic. Javier Comas

Procesos de Atención a los Usuarios en **Organizaciones de Salud Privada**



González González, Marianoel | C.I. 3.863.725-5
Machado Milán, María Paola | C.I. 4.098.504-8
Palomeque Pizzorno, María Virginia | C.I. 2.891.004-9

Febrero de 2009
Montevideo - Uruguay

AGRADECIMIENTOS

Al tutor del Trabajo de Investigación Monográfica Cr. Lic. Javier Comas Mérola por darnos la posibilidad de realizarlo y por todo el apoyo brindado durante la elaboración del mismo.

A Gabriela Pérez por sus aportes y presencia, siempre dispuesta a darnos una mano y respondiendo cada vez que se lo solicitamos.

Especialmente queremos agradecer a nuestras familias, novios y amigos por su apoyo y aliento constante, no sólo durante la realización de la Monografía sino durante todo el camino recorrido en esta casa de estudios y a todas las personas que de una forma u otra colaboraron para que nuestro trabajo saliera adelante.

ÍNDICE

I. ABSTRACT.....	5
II. INTRODUCCIÓN.....	6
III. EL SISTEMA DE SALUD EN EL URUGUAY.....	9
III.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA.....	9
III.2. MARCO NORMATIVO.....	9
III.3. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.....	15
III.4. INSTITUCIONES DE SALUD DEL URUGUAY.....	23
III.4.1. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.....	24
III.4.1.1. <i>Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM)</i>	27
III.4.1.2. <i>Asociación Española Primera de Socorros Mutuos</i>	29
III.4.1.3. <i>Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)</i>	31
IV. MARCO TEÓRICO.....	35
IV.1. ESTRUCTURACIÓN DE ORGANIZACIONES.....	35
IV.2. PROCESOS.....	38
IV.2.1. Componentes del Proceso.....	40
IV.2.2. Diseño del Proceso.....	41
IV.2.3. Indicadores.....	43
V. PROCESOS CLAVES OBJETO DE ESTUDIO.....	46
V.1. CONTROL PRENATAL.....	46
V.2. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO.....	51
V.3. DIAGNÓSTICO Y PREPARACIÓN PARA LA OPERACIÓN DE VEGETACIONES.....	59
VI. TRABAJO DE CAMPO.....	62
VI.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DEL PROCESO DE CONTROL PRENATAL.....	63
VI.1.1. Visión de los pacientes.....	63
VI.1.2. Visión de los especialistas.....	65
VI.2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DEL PROCESO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO.....	67
VI.2.1. Visión de los pacientes.....	67
VI.2.2. Visión de los especialistas.....	68
VI.3. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y PREPARACIÓN PARA LA OPERACIÓN DE VEGETACIONES.....	70
VI.3.1. Visión de los pacientes.....	70
VI.3.2. Visión de los especialistas.....	71
VI.4. FLUJOGRAMAS.....	74
VI.5. INFORMACIÓN RECABADA DE ENTREVISTAS REALIZADAS A DIRECTIVOS DE LAS IAMCs Y AUTORIDADES DEL MSP.....	81
VI.5.1. Visión de los directivos de las Instituciones.....	81
VI.5.2. Visión de las autoridades del MSP.....	88
VI.6. INDICADORES.....	96
VII. CONCLUSIONES.....	99
VII.1. ESTRUCTURACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES.....	99
VII.2. PROCESOS CLAVES.....	100
VII.3. SNIS.....	103

VIII. BIBLIOGRAFÍA	107
IX. ANEXOS.....	112

I. ABSTRACT

En este trabajo se describieron los procesos de: Control Prenatal, Tratamiento y Seguimiento del Paciente Diabético y Diagnóstico y Preparación para la Operación de Vegetaciones, basados en guías, protocolos y aportes de involucrados, a fin de contrastarlos con la realidad y detectar discordancias entre las visiones de los entrevistados.

Se seleccionaron tres Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que atienden al 34 % de los afiliados.

Se analizó el impacto del nuevo Sistema de Salud sobre las Entidades elegidas, respecto a las medidas tomadas por éstas para cumplir con las exigencias planteadas.

Las Instituciones se organizan en departamentos formando una estructura vertical, que parece inadecuada porque el proceso que sigue el paciente fluye horizontalmente. Esto se solucionaría centralizándose en los procesos, priorizando al “cliente”.

Existe variabilidad clínica, cuando los médicos carecen de guías o protocolos para diagnosticar y determinar el tratamiento a seguir.

Las mutualistas no implementaron grandes cambios para brindar la atención requerida por el Sistema. Éstas cumplen tiempos de espera y metas prestacionales establecidas.

Este Sistema provocó un incremento de afiliados, constituido por nuevos socios y otros provenientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado. La mayor demanda de servicios, según algunos entrevistados, disminuyó la calidad asistencial.

II. INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es realizar una descripción de los Procesos de Atención a los Usuarios en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, específicamente del proceso de Control Prenatal, de Tratamiento y Seguimiento del Paciente Diabético y de Diagnóstico y Preparación para la Operación de Vegetaciones, sobre la base de protocolos o guías clínicas nacionales o internacionales, cuando los hubiere, y de los aportes de facultativos y de pacientes. La finalidad es contrastar la información obtenida referente al desarrollo de los procesos en las Instituciones, confirmar si se cumple con los parámetros previamente establecidos y detectar discordancias entre las visiones de todos los involucrados.

También se propone, analizar lo que dispone el Sistema Nacional Integrado de Salud y cuáles son los resultados obtenidos hasta el momento, en particular abordar el impacto de dicho sistema en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, respecto a las medidas que han adoptado para cumplir con las nuevas exigencias.

Considerando que la salud es un tema polémico que afecta a todas las personas y dada la actual implementación del Sistema en nuestro país, resulta interesante abordarlo. Éste, para cumplir su objetivo plantea un cambio en el modelo de atención, de gestión y en el sistema de gasto y financiamiento. En este trabajo se analiza en particular la modalidad de atención que deben brindar las Entidades que lo integran.

En primer lugar, la selección de los procesos se realizó, debido a que la finalidad perseguida por cada uno de ellos difiere: el Control Prenatal es un proceso de **diagnóstico y seguimiento**, el Tratamiento y Seguimiento del Paciente Diabético es un proceso de **tratamiento y seguimiento** y el de Diagnóstico y Preparación para la Operación de Vegetaciones es un proceso de **diagnóstico**.

Diagnóstico, es el reconocimiento de una enfermedad o cualquier condición de salud-enfermedad a partir de la observación de sus signos y síntomas,

utilizando diversas herramientas como: anamnesis, historia clínica, exploración física, pruebas de laboratorio y técnicas de diagnóstico por imagen.

Seguimiento, es la observación del curso de la enfermedad o estado del paciente, realizada en una serie de consultas con el equipo sanitario, cuya finalidad es informar sobre las condiciones fisiológicas y prevenir, detectar precozmente y tratar las condiciones patológicas.

Tratamiento, es el conjunto de medios higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos con el propósito de curar o aliviar (paliar) las enfermedades o síntomas, una vez obtenido el diagnóstico.

En segundo lugar, se seleccionaron en función de la diferencia que existe entre ellos en cuanto al período de tiempo durante el cual el paciente requiere atención:

- a) en la embarazada su estado no constituye una enfermedad pero igualmente se le realiza un seguimiento durante el período de gestación
- b) en el caso del diabético tipo 2, al tratarse de una enfermedad crónica requiere una atención continua
- c) en el caso de un niño que padece hipertrofia adenoidea, se trata de una enfermedad cuya atención demanda una estadía corta en la Entidad.

Se restringe el análisis a los embarazos que no requieren cuidados adicionales y los casos de diabetes tipo dos a los que no tengan otras complicaciones, con la finalidad de acotar el campo de estudio para enfocarlo a casos “normales” que no requieran de otros procesos complementarios.

La metodología aplicada se centró en:

- a) análisis de la literatura existente referente al tema: textos, artículos nacionales y extranjeros, información de internet y otras publicaciones, así como normativa sanitaria
- b) confección de distintos cuestionarios para recabar la información contenida en el trabajo de campo a través de entrevistas dirigidas a pacientes, médicos, directores y autoridades del Ministerio de Salud Pública

- c)** realización de entrevistas; el primer contacto fue con pacientes y/o responsables de los mismos, que participan activamente en los procesos a describir y pertenecen a las Instituciones objeto de estudio
- d)** realización de entrevistas a especialistas vinculados a dichos procesos e Instituciones: ginecólogos, diabetólogos, otorrinolaringólogos, pediatras
- e)** realización de entrevistas con autoridades del Ministerio de Salud Pública y personal directivo de las Entidades
- f)** representación en flujogramas, de cada uno de los procesos
- g)** elaboración de conclusiones.

Las Instituciones médicas estudiadas son:

- a)** Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay
- b)** Asociación Española Primera de Socorros Mutuos
- c)** Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica.

El motivo de su selección radica en que son las más representativas, porque poseen mayor población afiliada (entre las tres superan los 600.000 afiliados, datos de octubre de 2008).

Las entrevistas realizadas no son una muestra representativa, porque resultó imposible acceder al universo de consultas y sus alternativas. Se accedió a una población de estudio que nos apoya en la confrontación de la información obtenida, por lo tanto no aportará valor estadístico sino meramente informativo. A su vez, las efectuadas al personal médico y directivo, no resultaron de fácil logro en virtud de su permanente adaptación a las nuevas exigencias del actual sistema de salud, lo que provocó retrasos en la coordinación de las citas. Por el mismo motivo, el tiempo brindado por éstos en las entrevistas fue reducido.

III. EL SISTEMA DE SALUD EN EL URUGUAY

III.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El Sistema de salud en el Uruguay ha transcurrido por varias etapas.

En la actualidad, éste consta de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (en adelante IAMCs), Hospitales públicos y privados, Sanatorios, Seguros parciales de salud y Clínicas privadas, que se organizan de diferente manera.

En 1788 aparece el primer hospital público que se llamó Hospital de Caridad y en 1911 se convierte en el Hospital Maciel.

En 1853 surge la asistencia médica colectiva con la Asociación Primera de Socorros Mutuos.

En ese siglo, en la esfera de lo privado se crearon: en 1857 el Hospital Británico y en 1892 el Hospital Italiano.

En 1912 se inaugura la Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (en adelante MUCAM).

En 1920 se funda el Sindicato Médico del Uruguay (en adelante SMU) y en 1935 el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (en adelante CASMU), un nuevo tipo de Organización Asistencial.

En 1926 se establece por ley que la Facultad de Medicina cree un hospital y en 1950 nace el Hospital Dr. Manuel Quintela dedicado a la práctica docente.

En 1965 las Instituciones del interior se unieron dando lugar a la Federación Médica del Interior (en adelante FEMI).

III.2. MARCO NORMATIVO

El sistema de salud está regulado por normas de la Constitución, leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo y de organismos pertinentes (Entes Autónomos y Gobiernos Departamentales).

La Constitución de 1966, en su sección II en el Art. 44 establece que: “El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”

Los cometidos del Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP), según la Ley Orgánica 9.202 del año 1934, se subdividen en materia de higiene y asistencial.

En materia de higiene se propone:

- a)** adoptar todas las medidas necesarias para mantener la salud colectiva y la ejecución de éstas por el personal a sus órdenes
- b)** determinar las condiciones higiénicas que deben cumplirse en los establecimientos públicos, privados y habitaciones colectivas
- c)** difundir el uso de vacunas o sueros preventivos
- d)** reglamentar y controlar el ejercicio de la medicina, farmacia, profesiones derivadas y establecimientos de asistencia y prevención privados
- e)** ejercer una política higiénica de los alimentos
- f)** estimular la educación sanitaria del pueblo.

En materia asistencial pretende:

- a)** organizar, administrar y controlar el funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos
- b)** reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones y el funcionamiento de las Instituciones de asistencia y sociedades mutuales.

El decreto-ley 14.987 de 1979, crea el Fondo Nacional de Recursos (en adelante FNR). Éste se responsabiliza del financiamiento de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (en adelante IMAE), los cuales cubren afecciones cuyos tratamientos suponen alto costo y complejidad. La ley 16.343, de 1992, establece las normativas que rigen para ambos.

El decreto-ley 15.181 de 1981 distingue entre IAMCs y Seguros Parciales de Salud; las primeras deben brindar a sus afiliados una cobertura de asistencia médica integral, completa e igualitaria (clínica general, ginecología, obstetricia, cirugía, pediatría), en tanto que los segundos no están obligados a estas prestaciones.

Se crea en el mismo año, por el decreto 271, un órgano dependiente del MSP denominado: Sistema Nacional de Información (en adelante SINADI), para la recopilación de datos y la fiscalización del funcionamiento de Instituciones de salud.

El decreto 58 de 1986, admite cinco tipos de Seguros Parciales con cobertura de riesgo específico que son: traslado en caso de emergencia, técnicas de diagnóstico, atención e internación quirúrgica, atención médica y atención odontológica. Los mencionados seguros, son reglamentados el mismo año mediante el decreto 345.

La ley 15.897, crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE) como un organismo desconcentrado, dependiente del MSP, cuyo cometido es la administración y coordinación de todos los establecimientos y servicios de atención médica estatal, de acuerdo a las políticas dictadas por dicho Ministerio.

Las IAMCs deben publicar anualmente sus estados de situación patrimonial y sus estados de resultados contables, previamente visados por el MSP. Dicha publicación debe realizarse dentro de los treinta días siguientes a la obtención del visado correspondiente. Esto está reglamentado en el decreto 388 del 2002.

El decreto 15/006, reglamenta la tramitación y presentación de las peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de todos los servicios de salud.

En mayo de 2007 con la ley 18.131 nace el Fondo Nacional de Salud (en adelante FONASA). Es administrado por el Banco de Previsión Social (en adelante BPS) y financia el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad, de los jubilados del BPS (que hicieron la opción

prevista en la ley 16.713 de Seguridad Social), de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado.

Quienes ingresan al FONASA, podrán optar por su afiliación a las IAMCs contratadas por el BPS o a la ASSE, sin admitirse la doble cobertura. El BPS, abonará una cuota uniforme a todas las prestadoras de asistencia médica por las cuales hubieren optado los beneficiarios, además de las cuotas correspondientes al FNR.

La ley 18.161, de julio de 2007, transforma la Administración de Servicios de Salud del Estado, en un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del MSP, sustituyendo al órgano desconcentrado de igual denominación. Sus cometidos son: organizar, gestionar y coordinar los servicios destinados al cuidado de la salud; formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (ley 17.930); brindar los servicios establecidos en la ley 9.202 y hacer cumplir los derechos que en esa materia tienen los habitantes de la República, entre otros.

La ley 18.211 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (en adelante SNIS), cuyos objetivos son:

- a)** alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población
- b)** implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos
- c)** organizar la prestación de servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales
- d)** establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud
- e)** lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

La mencionada Ley le atribuye nuevos cometidos al MSP:

- a)** registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el SNIS y a los prestadores parciales con quienes contraten
- b)** controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las Entidades
- c)** aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios, los prestadores públicos y privados que integren el SNIS, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población
- d)** instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia
- e)** regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, controlando su aplicación
- f)** diseñar una estrategia de promoción de salud, que se desarrollará conforme a programas, cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

Este sistema puede ser integrado por Entidades públicas o privadas que cuenten con órganos asesores y consultivos, representativos de sus trabajadores y usuarios, deberá poseer un director técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico de la propia Entidad. Para que las mismas puedan integrar este sistema, la Junta Nacional de Salud (en adelante JUNASA) evaluará: los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención de salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional, el estado económico financiero.

Dicha Junta es creada por esta Ley como organismo desconcentrado dependiente del MSP, y sus cometidos son administrar el Seguro Nacional de Salud (en adelante SNS) y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. Está compuesta por representantes: del MSP, del Ministerio de Economía y Finanzas, del BPS, de las empresas, de los trabajadores de las Entidades y de los usuarios. La Junta, firma un contrato de gestión con los prestadores de salud, por el cual estos reciben dinero del fondo correspondiente a

los afiliados y se comprometen a cumplir determinadas metas asistenciales como: cantidad suficiente de equipos de referencia para el primer nivel de atención, gratuidad de determinados tickets y órdenes.

III.3. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

“Un sistema sanitario es el conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios sanitarios. Se denomina sanitario a aquel servicio cuyo objetivo directo es la protección o la mejora de la salud.” (F. P. Arce y J. L. Temes Montes. Los sistemas sanitarios. Economía y Gestión de la Salud. Tomo 2. Servicios de Documentación del CECEA, 2008:1). Un sistema de salud necesita: personal, financiación, información, suministros, transportes, comunicaciones, una orientación y una dirección general. Además debe proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Los distintos servicios sanitarios han sido objeto de diversas clasificaciones, las más habituales están basadas en conceptos económicos y dividen los sistemas según su fuente de financiamiento en: públicos, privados y mixtos.

A partir del presente año entró en vigencia el SNIS, en el proyecto de ley del mismo se establece que su principal objetivo es: “asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de: equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.”

Para alcanzar esto, prevé cambios en tres niveles: en el **modelo de atención** a la salud (forma en que cada país organiza los recursos para brindar atención a su población), en el **modelo de gestión** y en el **sistema de gasto y financiamiento**.

En el primero, se sustituye el actual modelo por uno centrado en la prevención y la promoción, con énfasis en el primer nivel de atención, lo cual supone fomentar hábitos saludables, proteger frente a riesgos específicos, diagnosticar en forma precoz las enfermedades, administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos.

En el segundo, se “asegura la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles, la profesionalidad, la transparencia, la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.” Esto se logra con el nuevo sistema, al crearse como una red integrada de servicios de salud públicos y privados, cuyo órgano central de gobierno es la JUNASA, con niveles de atención definidos e interrelacionados y niveles de administración regionales y locales.

En el último, se “asegura mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente”, mediante “la creación de un Seguro Nacional de Salud que contará con un fondo al que contribuirán tanto el Estado como las empresas privadas en forma proporcional al personal a su cargo, los trabajadores, los pasivos y quienes perciban rentas, de acuerdo a sus ingresos, además de las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen.”

Según información recabada durante Las Jornadas de “Convocatoria Nacional para las Estrategias de Salud” en la revista de AQFU n° 23 de 1998, los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades de atención a la salud de la población. Están determinados por los procedimientos de atención requeridos en función de los problemas de salud identificados en una comunidad.

El **primer nivel de atención**, está constituido por el conjunto de recursos que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de salud con tecnologías simples realizando actividades de promoción y prevención, protección específica, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. La ley 18.211 determina que las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, de urgencia y de emergencia.

Respecto al **segundo nivel de atención**, la ley señala que está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer

necesidades de baja, mediana o alta complejidad, con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan las coberturas de emergencia.

El **tercer nivel de atención**, está destinado a aquellas patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización.

En cuanto a la cobertura de atención médica, la ley 18.211, establece que las Entidades que conformen el SNIS deberán suministrar a sus afiliados los programas integrales de prestaciones aprobados por el MSP, entre ellos servicios de emergencia médica, con recursos propios o contratados con otros prestadores.

Esos programas incluirán:

- a) actividades de promoción y protección de salud
- b) diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados
- c) acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda, acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

Esta ley define taxativamente las prestaciones incluidas. Éstas contarán con indicadores de calidad de procesos y de resultados, conforme a los cuales, la JUNASA auditará la atención brindada, a los efectos de autorizar el pago de la cuota salud a los prestadores. Dicha cuota será fijada y ajustada por el Poder Ejecutivo, tendrá un componente cápita, referido al precio que se pagará por la atención integral, según grupos poblacionales determinados (asociado a la edad y sexo de los beneficiarios) y un componente meta vinculado al cumplimiento de metas asistenciales (Programas Nacionales de Atención de la Niñez y de Salud de la Mujer y Género).

Cuadro 1: Estructura del componente cápita de la cuota salud

ESTRUCTURA DE CÁPITAS		
EDAD	HOMBRES	MUJERES
	Cápita	Cápita
<1	6,52	5,57
1 a 4	1,90	1,79
5 a 14	1,11	1,00
15 a 19	1,08	1,43
20 a 44	1,00	2,12
45 a 64	2,07	2,53
65 a 74	3,99	3,47
>74	5,26	4,34

Fuente: página web del BPS (2008)

Considera usuarios a todas las personas que residen en el territorio nacional y que se registran en forma espontánea o a solicitud de la JUNASA, en una de las Entidades que integran el sistema. La elección de dicha Entidad es libre y no se admite la doble cobertura de atención médica integral.

Entre los derechos de los usuarios se mencionan:

- a)** obtener información completa y actualizada sobre los servicios a los que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos
- b)** recibir las prestaciones incluidas en los programas integrales
- c)** la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las Entidades que presten servicio de salud
- d)** conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la Entidad
- e)** ser informado sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el SNIS
- f)** participar en los órganos asesores y consultivos de las Instituciones de Asistencia Médica pública y privada.

Con este sistema quedan amparados todos los trabajadores que estaban cubiertos por DISSE, jubilados, los funcionarios públicos (excepto funcionarios del Ministerio de Defensa y del Interior) y los hijos menores de 18 años o mayores con

discapacidad. Se faculta al Poder Ejecutivo a la futura incorporación de cónyuges, concubinos, adultos mayores de 65 años a cargo e hijos mayores de edad.

El Decreto 15/006 establece las formalidades a seguir en el caso de quejas, reclamos o peticiones de los usuarios ante las Instituciones, éstos deben dirigirse en primera instancia a la propia Entidad por escrito o por medios electrónicos. La Institución deberá dejar registro, entregar al interesado una constancia y contestarle en noventa días, prorrogables por causas fundadas, por única vez, por otro plazo igual. El incumplimiento de los plazos, otorga al afiliado el derecho de presentarse ante al área de atención al usuario de la División de Servicio de Salud del MSP, la que intimará a la Entidad al cumplimiento en un plazo de diez días.

Las Instituciones que integran el Sistema, deberán remitir mensualmente a dicha área, dentro de los diez primeros días de cada mes, un informe sobre el número de denuncias, quejas y reclamos recibidos y la resolución adoptada en cada caso.

La ley 18.335 regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios, con respecto a los trabajadores y a los servicios de atención de la salud. Los pacientes tienen derecho a una atención de calidad, con trabajadores debidamente capacitados, a acceder a medicamentos de calidad autorizados por el MSP incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización. Tienen derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin, cuenten con el debido control de calidad y acceder a los resultados cuando lo soliciten. El Estado garantizará el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico.

El procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante, luego de recibir la información necesaria, y el profesional de la salud, quedando registrado el acuerdo en la historia clínica. El usuario tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Por razones de urgencia, emergencia o fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo, se pueden llevar adelante los procedimientos dejando constancia de ello en la historia clínica.

La Institución debe llevar una historia completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución del estado de salud del paciente desde su nacimiento hasta su muerte. Él puede revisar su historia clínica y obtener una copia de la misma a sus expensas. Ésta es de su propiedad, será reservada y solo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con estos, el paciente o si él no pudiera su familia y el MSP cuando lo considere pertinente. En caso de que una persona cambie de Institución de asistencia, la nueva Entidad deberá recabar de la anterior, la historia clínica completa del usuario, previa autorización de éste.

El usuario tiene derecho a ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, ser tratado de forma cortés y amable, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.

El responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud es el paciente y tiene el deber de utilizar razonablemente los servicios, evitando un uso abusivo y utilización innecesaria de recursos.

El Decreto 359/07 establece que las Instituciones de todo el país deberán otorgar cita para consulta externa en medicina general, pediatría y gineco-obstetricia en un plazo máximo de 24 horas desde la solicitud y para consulta de cirugía general de 48 horas. Las consultas externas en especialidades médicas y quirúrgicas no podrán ser coordinadas en un plazo mayor a 30 días desde que fueron solicitadas y los procedimientos quirúrgicos, no urgentes, deberán coordinarse en un plazo inferior a 180 días a partir de que la cirugía es indicada por el especialista.

En el decreto 264 de 2008 quedan establecidos los montos máximos de los valores de las tasas moderadoras. Estos valores son los declarados por las IAMCs al MSP a la fecha de esta norma. Estos podrán ser modificados siempre que se mantengan por debajo de los máximos. El Poder Ejecutivo será quien disponga su actualización.

En el mismo año, en el decreto 464 se aprueba el proyecto de contrato de gestión entre la JUNASA y el prestador integral, donde se establecen las

obligaciones en materia asistencial, de gestión y de financiamiento que asumen las partes. La Junta dispondrá que el BPS pague mensualmente al prestador un sustitutivo de órdenes y tickets, (valor que se ajustará según lo que disponga el Poder Ejecutivo) por los jubilados beneficiarios del SNIS. Esto les da derecho a ciertas órdenes y análisis, debiendo abonar en algunos casos solo un timbre profesional.

En el mismo decreto, se estipula que la Junta evaluará trimestralmente, el desempeño del prestador en el desarrollo de los Programas Nacionales de Atención de la Niñez y de Salud de la Mujer y Género y el impacto en los usuarios referido al cumplimiento de las metas asistenciales, lo que da derecho al cobro del componente meta de la cuota salud. El prestador tendrá que implementar actividades de prevención vinculadas a hipertensión, diabetes y patologías oncológicas y aplicar guías para el diagnóstico y la terapéutica de dichas enfermedades. La JUNASA controlará que disponga de una base de datos, donde se identifique a los usuarios que presenten factores de riesgo o enfermedades prevalentes, para facilitar el seguimiento de cada caso.

Las Instituciones deberán:

- a)** capacitar a su personal para mejorar la calidad de la atención, lo que será evaluado por la Junta
- b)** brindar un horario amplio para el primer nivel de atención (lunes a viernes de 08:00 a 20:00 y sábados de 08:00 a 14:00)
- c)** ofrecer la posibilidad de coordinar telefónicamente las consultas (como mínimo en los mismos horarios)
- d)** realizar controles gratuitos obligatorios para menores de 18 años (previstos en el Programa)
- e)** entregar la cartilla de derechos y obligaciones a los usuarios
- f)** colocar a la vista el listado de los precios de las tasas moderadoras que están autorizadas a percibir
- g)** instalar en lugares destacados y de fácil acceso, oficinas de atención al usuario al menos en la sede principal y buzones de recepción en los locales descentralizados.

La JUNASA establecerá los términos de las encuestas que deberá realizar, al menos anualmente, el prestador a su cargo, para medir el nivel de satisfacción del usuario con los servicios. Dichas encuestas deberán referirse como mínimo a los siguientes indicadores: respeto en el trato, facilidades de acceso, cumplimiento de los tiempos de espera, puntualidad de los profesionales y técnicos, calidad de la atención, alcance y veracidad de la información disponible.

El decreto 465 aprueba los Programas Integrales y el Catálogo de Prestaciones definidos por el MSP, que deberán brindar quienes integran el SNIS. Estos últimos no podrán cobrar extra por dichos servicios, excepto las tasas moderadoras autorizadas por el Poder Ejecutivo.

El resultado esperado de esta reforma según lo manifestado en el proyecto de ley, es que todos los usuarios accedan a la misma calidad de atención cualquiera sea el prestador y en todos los niveles, sin duplicación de servicios y sin la necesidad de realizar importantes inversiones, aprovechando la capacidad instalada del sector público y privado. También pretende, simplificar las diversas fuentes de financiamiento que coexisten actualmente y detrás de las cuales se esconden graves problemas de inequidad, así como reducir el peso relativo del pago directo.

El MSP ejercerá el contralor general del sistema en estrecha relación con la JUNASA, llevará el registro y será responsable de la habilitación y acreditación de prestadores. Controlará la gestión de los servicios, con participación activa, informada y organizada de usuarios y trabajadores.

III.4. INSTITUCIONES DE SALUD DEL URUGUAY

El sistema de salud en nuestro país se ofrece a través del sector público y del sector privado.

Las Instituciones del sector público, se encuentran financiadas principalmente con recursos provenientes del Estado (Poder Ejecutivo, Entes Autónomos, Servicios Descentralizados, Municipios).

En este sector hay organismos centralizados y descentralizados, según su nivel de autonomía. Entre los organismos estatales centralizados se destacan: el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Defensa Nacional (Hospital Militar), el Ministerio del Interior (Hospital Policial) y otros organismos estatales como: INAU, Instituto Técnico Forense del Poder Judicial.

Entre los descentralizados está la UdelaR (Facultad de Medicina y Facultad de Odontología), el BPS (Seguro de enfermedad), el BSE (accidentes laborales y enfermedades profesionales), los gobiernos departamentales (policlínicas municipales) y entes estatales con servicios propios a favor de sus funcionarios y familiares directos (BHU, ANCAP).

En el sector privado se presta asistencia integral o parcial.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, brindan una cobertura integral y se definen como “un seguro prepago de salud en el que una Institución, al menos parcialmente dirigida por médicos, se compromete a organizar el acceso a un conjunto muy amplio e integral de servicios de salud, brindados a sus afiliados por un cuerpo médico propio o contratado, en instalaciones propias o contratadas, pero en todo caso indicados y gerenciados por la Institución.” (Giménez, Dante. Instituciones de asistencia médica, Servicios de documentación del CECEA, 2001:22)

Los Sanatorios y los Hospitales privados brindan asistencia parcial.

Los Sanatorios venden sus servicios a particulares, IAMCs y entes del Estado. En general son asociaciones sin fines de lucro. Pueden funcionar en forma independiente o como parte de una IAMC, si esto ocurre, los usuarios son internados en su sanatorio y no tienen que contratar otros servicios asistenciales.

Sus ingresos dependen de la ocupación y se producen después que se incurrió en el gasto por internado y no por cuotas y tickets cobrados por adelantado (seguro prepago).

Los Institutos de Medicina Altamente Especializada, son organizaciones para el diagnóstico y tratamiento de afecciones de gran complejidad y costo; suponen una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes. Obtienen sus ingresos del FNR, el cual realiza también auditorías de su gestión y asegura el acceso de toda la población a estos servicios (es un organismo de dominio público no estatal, financiado por el Estado, las IAMCs, Seguros Parciales médico-quirúrgicos y privados que adhieren voluntariamente, por lo cual se clasifica como un organismo de economía mixta).

En la cuota que cobran a sus afiliados las IAMCs incluyen un monto por concepto de IMAE que aportan al FNR en forma mensual y cubren de esta manera a sus afiliados de ciertas afecciones, incluso en el exterior, si en su país no existe tecnología adecuada.

Dentro de las Clínicas privadas están: los hospitales psiquiátricos privados, las clínicas de atención médica y de diagnóstico y las de tratamiento (adicciones y trastornos alimenticios).

Los Seguros Parciales de Salud, son empresas con fines de lucro. Ofrecen a los usuarios una cobertura parcial de asistencia médica mediante una cuota prepaga. Son muy heterogéneos en cuanto a su organización, funcionamiento y prestaciones. A diferencia de las IAMCs que tienen control y regulación estatal a través del MSP, los Seguros Parciales de Salud no cuentan con los mismos, solo se ocupan del cumplimiento de los servicios que promueven.

III.4.1. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

Son organizaciones civiles sin fines de lucro, inspiradas en el principio de Solidaridad, donde existe un contacto entre la Institución y el afiliado. Se financian con el cobro de una prima mensual (cuota) y regulan la demanda con tasas moderadoras (órdenes y tickets). Poseen una infraestructura que incluye asistencia: de primer nivel ambulatoria, de internación común y especializada, de

urgencia y de alto riesgo, que realiza principalmente en locales propios, brindando cobertura integral y asistencial. Deben incluir dentro de sus prestaciones acciones de prevención, reparación y rehabilitación de la salud.

Constituyen el componente más importante del sector privado, el cual está integrado por múltiples Instituciones.

Están regidas por normas legales y reglamentarias que controlan su funcionamiento, gestión, inversiones y cobertura. El Estado fija o regula administrativamente el valor de la cuota mutual.

Según el decreto-ley 15.181 del año 1981, las IAMCs se clasifican en tres tipos: Asociaciones Asistenciales, Cooperativas de Profesionales y Servicios de Asistencia.

- a) Las Asociaciones Asistenciales son Instituciones, que inspiradas en los principios del mutualismo¹ (Solidaridad, Libertad, Equidad, Integralidad y Universalidad) y mediante seguros mutuos, otorgan asistencia médica a sus afiliados. Los médicos participan en la dirección, son parte del personal contratado de la Institución y los directivos son elegidos por los afiliados.
- b) Las Cooperativas de Profesionales, son aquellas Entidades en las que el capital social ha sido aportado por los profesionales que trabajan en ellas. Pueden ser gremiales médicas, que son Instituciones fundadas y dirigidas por el gremio médico (CASMU) o cooperativas, asociaciones de un conjunto de médicos con el fin de brindar servicios de asistencia

¹ **Principios Básicos del Sistema Mutual:** El sistema mutual se sustenta en cinco principios básicos: Solidaridad, Libertad, Equidad, Integralidad y Universalidad.

Solidaridad entre los socios, todos los asociados abonar una cuota mensual igualitaria sin tomar en cuenta el riesgo asociado para la Institución. El joven aporta por el adulto mayor y el sano por el enfermo, ya que en caso contrario las cuotas oscilarían según las distintas características y situaciones de los afiliados.

Libertad de ingresar o egresar voluntariamente por parte del socio.

Equidad, supone el acceso igualitario de los usuarios a una cartera de servicios mínimos.

Integralidad, implica la oferta de un paquete de servicios integrales de prevención, diagnóstico, internación, etc.

Universalidad, se refiere al derecho de todos los ciudadanos a afiliarse al sistema mutual.

mediante la creación de una cooperativa. Los médicos que forman parte del consejo directivo, llevan adelante la administración.

- c) Los servicios de asistencia, son Organizaciones creadas y financiadas por empresas privadas o de economía mixta, con el objetivo de brindar atención médica a su personal.

Se pueden distinguir tres tipos de afiliaciones según la forma en que las cuotas son abonadas: individuales, colectivas y a través de la seguridad social.

La afiliación individual, permite al usuario contratar su cobertura con la Institución de su elección, abonando directamente la cuota.

Las colectivas, son afiliaciones grupales, con un precio diferencial, que se realizan a través de sindicatos o empresas.

Por intermedio de la seguridad social, se afilian los trabajadores, los hijos menores y discapacitados y los pasivos de menor nivel de ingresos amparados por la Ley 16.713.

Se puede definir otro tipo de afiliado llamado vitalicio. El decreto-ley 15.181 (Art.17 lit. b), establece que las IAMCs no pueden realizar afiliaciones de carácter vitalicio, entendiéndose por tales, aquellas que representen un aporte fijo, distinto a la cuota social, o variable en el tiempo, sin consideración del costo real del servicio.

Se considerarán para su estudio tres Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, las que poseen mayor cantidad de afiliados, de acuerdo a lo informado por la Oficina de Economía de la Salud del MSP (datos del primer trimestre de 2008). Éstas son: el CASMU (236.000), la MUCAM (187.000) y la Asociación Española (180.000) seguidas en cuarto lugar por el Círculo Católico de Obreros (64.000). El total de afiliados del país, a esa fecha, ascendía a 1.707.000 y en Montevideo a 1.010.000, por lo que la suma de socios de las tres primeras llega aproximadamente al 36 % de la población afiliada del país. Se seleccionan a los efectos de este trabajo de investigación por ser las más representativas

Según el censo de octubre de 2008 del MSP el número total de afiliados ascendió a 1.807.155, de los cuales 1.052.704 pertenecen a Montevideo. El siguiente cuadro resume el número de afiliados a las IAMCs en Montevideo y su

composición entre socios por FONASA y NO FONASA, de éste se desprende que las Entidades analizadas asisten al 34% de la población total.

Cuadro 2: Afiliados de las IAMCs

IAMC	FONASA	NO FONASA	TOTAL	% FONASA	% NO FONASA
ESPAÑOLA	101.221	82.061	183.282	55,20%	44,80%
EVANGÉLICO	34.141	12.771	46.912	72,80%	27,20%
CASA GALICIA	37.696	22.760	60.456	62,40%	37,60%
CASMU	125.668	110.417	236.085	53,20%	46,80%
C.C.O.U.	50.012	18.163	69.348	72,10%	26,20%
CUDAM	41.669	3.440	45.149	92,30%	7,60%
COSEM	24.760	10.389	36.198	68,40%	28,70%
GREMCA	31.003	7.604	38.607	80,30%	19,70%
IMPASA	17.143	18.398	35.832	47,80%	51,30%
MUCAM	147.376	39.741	191.592	76,90%	20,70%
SMI	57.678	8.132	65.816	87,60%	12,40%
UNIVERSAL	37.474	5.953	43.427	86,30%	13,70%

Fuente: MSP Censo Octubre 2008

III.4.1.1. Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM)²

Fue fundada en 1912 por el señor Francisco Golino y el Doctor De María, con la finalidad de ofrecer los siguientes servicios: internación médico-quirúrgica, atención médica en policlínicas y domicilio, practicantes, odontología (extracciones), laboratorio, radiología, fisioterapia y policlínicas especializadas (Cardiología, Ginecología, Traumatología, Urología, Gastroenterología).

Hacia 1939, su fundador vende la Entidad al Doctor Francisco Paternó, quien cede la misma en pleno subdesarrollo al personal que la integraba. Esto dio origen a la Corporación que inició sus actividades el 1° de enero de 1959, con la finalidad de hacerse cargo de los servicios asistenciales de la masa de afiliados y surgió la Corporación Médica Uruguaya.

El 2 de febrero de 1965, se aprobaron sus estatutos por el Consejo Nacional de Gobierno denominándose: “Médica Uruguaya Corporación de

² La información referente a MUCAM se obtuvo de la página web de la misma.

Asistencia Médica”. Funciona como una Institución Profesional Corporativa sin fines de lucro, cuya finalidad esencial será organizar un servicio de previsión y asistencia médica, para las personas que se afilien a la misma y abonen la cuota que establezcan sus reglamentaciones internas.

Su Administración y Dirección, se encuentran a cargo de un Consejo Directivo que se compone de cinco miembros (médicos), elegidos por voto secreto por el sistema de lista mayoritaria.

El Departamento Médico Administrativo, es la unidad funcional que opera mediante la Dirección Técnica y Administrativa. Es responsable de ejecutar la política, establecida por la Corporación Médica, haciendo cumplir las resoluciones del Consejo Directivo y asegurando el respeto de los Estatutos y Reglamentos vigentes.

En noviembre de 1976, se habilitó la planta baja por Avenida 8 de Octubre destinándose la misma a: Policlínicas Externas, Central de Registros Médicos, Administración, Despacho de Órdenes, Central Telefónica y Mesa de Radio.

En abril de 1983, se pone en funcionamiento el 1er Sub-suelo por Avenida 8 de Octubre, destinado a los sectores de: Servicios de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorio de Análisis Clínicos, Radiología, Inmunizaciones, Inyectables), Policlínicas Especializadas (Cardiología, Ginecología, Odontología) y Apoyo administrativo.

En abril de 1987, se inaugura el primer piso de internación.

En noviembre de 1988, se construye el área de maternidad en el segundo piso destinado a: internación, sala de partos quirúrgicos, sala de partos normales y nursery.

En junio de 1990, se crea el CTI pediátrico.

En julio de 1991, se inaugura el Block Quirúrgico, Centro de Materiales, Tercer Piso de Internación y CTI de adultos.

En agosto de 1992, el cuarto piso de internación y en diciembre del mismo año, el Departamento de Alimentación.

En julio de 1996, se adquiere el inmueble que ocupaba el Liceo Francés en la calle Avenida Italia para ampliar la planta física.

En noviembre de 1998, se habilita el Centro de Diagnóstico que comprende: Endoscopía Digestiva, Ecocardiografía, Ecodopler, Tomografía Computada, Holter, Ergometría, Ecografía General y Ginecológica.

En julio de 1999, se continúa el proyecto de ampliación del Sanatorio sobre el Anexo Francés, y en setiembre se produce la apertura del Centro Asistencial Dental Interdisciplinario, en dicho anexo. En diciembre del mismo año se crea el Servicio de Hemoterapia.

En abril de 2000, abre en el mismo lugar, un área anexa al Archivo de Historias Clínicas, un Centro de Mamografía y dos consultorios médicos.

En marzo de 2005, se adquieren algunos padrones del Edificio de la Ex - Mutualista CIMA ESPAÑA; en abril, comienza a funcionar un área de internación de Salud Mental.

En mayo de 2007, se compran dos padrones más del terreno de la ex – Mutualista CIMA ESPAÑA.

III.4.1.2. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos³

Es una Institución mutualista, fundada en Montevideo el 25 de setiembre de 1853. El primer objeto de esta asociación es crear un fondo común, destinado a socorrer a los asociados en ella inscriptos, en caso de enfermedad, otorgando asistencia médica completa.

El gobierno de la asociación, es ejercido por un Consejo Directivo compuesto de dieciséis miembros socios de la Institución, designados en la siguiente forma: once miembros son electos por los asociados, cuatro por los técnicos y uno por los funcionarios no técnicos. Tiene amplias atribuciones y prerrogativas de dirección, administración, disposición y contratación, sin más limitaciones que aquellas que expresamente se señalen como competencia de la Asamblea Representativa o de la Asamblea General de Socios. Podrá contratar la

³ La información referente a la Asociación Primera de Socorros Mutuos se obtuvo de la página web de la misma.

prestación de servicios asistenciales para colectividades, gremios, empresas, organizaciones obreras y/o de empleados y patronales.

La Asamblea Representativa es electa conjuntamente con el Consejo Directivo, está compuesta por 224 asambleistas (2% de los asociados habilitados para votar en cada elección), ejerce funciones legislativas, de coadministración y de tribunal de alzada de algunas resoluciones del Consejo Directivo.

La Comisión Fiscal está integrada por tres miembros, es el otro Cuerpo electo directamente por la masa social.

Estos tres órganos de gobierno de la Asociación, duran tres años en sus funciones y los integrantes del Consejo Directivo no pueden ser reelectos si no media, un período de tres años entre uno y otro mandato.

El órgano ejecutivo superior de administración, es la Gerencia General. Está sometida a la jerarquía inmediata del Consejo Directivo, de ella dependen jerárquicamente las Gerencias de Área, que determina el consejo Directivo, con funciones específicas en materia asistencial o de administración. La Gerencia General, además de sus funciones ejecutivas, asesora al Consejo Directivo en materia de presupuesto, planes y programas estratégicos y operativos, así como en las demás cuestiones que él le requiera.

Una de las Gerencias de Área es la Dirección Técnica Médica, que tiene la responsabilidad ejecutiva en el plano técnico ante la Institución y ante el Ministerio de Salud Pública. En la designación de las personas que cumplan esas funciones, el Consejo Directivo aprecia sus condiciones de aptitud, con especial referencia a sus cometidos y en su legajo personal se dejará constancia de ello.

Las funciones y cometidos específicos de la Gerencia General y de cada Gerencia de Área, se determinan por un reglamento, que contiene el manual de organización y funciones de la Institución, que debe ser aprobado por la Asamblea Representativa y comunicado al Ministerio de Salud Pública.

III.4.1.3. Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)⁴

El CASMU fue creado el 1º de julio de 1935, adoptó la modalidad de financiamiento de Seguro de prepago, aunque desde el punto de vista formal, por su adscripción al SMU, funcionó como cooperativa de producción sanitaria, en contraposición a las Mutualistas, a quienes se podían definir como cooperativas de consumo de atención médica.

La Organización se caracterizó por una estructura descentralizada y un funcionamiento autogestionado.

En la década del 50, comenzó una etapa de expansión en base a la inauguración de tres sanatorios: sanatorio N° 1 en 1954, sanatorio N° 2 en 1956 y sanatorio N° 3 para maternidad en 1958.

A partir de 1960, a impulsos del movimiento sindical se le da sanción legal a los seguros de salud por ramas de actividad, aumentando el número de abonados del CASMU, mediante el establecimiento de convenios colectivos y con el régimen de afiliaciones colectivas.

El crecimiento de su masa de afiliados, llevó a la inauguración del sanatorio N° 4 destinado a la internación de pacientes de cuidados intensivos.

En la década del 80 se crean los departamentos clínicos.

En 1987, se pone en funcionamiento la primera Unidad Periférica del CASMU (en adelante UPECA), constituyendo el primer reagrupamiento de médicos de atención descentralizada (generalistas y especialistas) con apoyo administrativo, de laboratorio y de expedición de medicamentos.

En 1993, se inaugura el Policlínico para la consulta ambulatoria centralizada y especializada (especialidades quirúrgicas y médicas de alta complejidad). Al mismo tiempo, inicia una fase de expansión hacia el interior del país, bajo una modalidad de convenios con diferentes organizaciones médicas cooperativas locales, dando lugar al surgimiento de las Sedes Secundarias.

⁴ La información referente al CASMU se obtuvo de la página web del SMU.

Sus objetivos estratégicos son:

- a)** realizar un proceso de mejora continua en el área médico-asistencial para alcanzar los niveles óptimos de asistencia a los afiliados
- b)** alcanzar la eficiencia en el área organizacional de la Institución como forma de fortalecer, maximizando su capacidad, su calidad asistencial y su imagen
- c)** alcanzar el equilibrio y el superávit económico-financiero en el corto plazo, sin disminuir la calidad asistencial a sus afiliados.

Tiene una organización matricial, que se fue generando de manera espontánea a medida que fue creciendo. Esta estructura lleva a que el funcionamiento de la Institución deba basarse en la coordinación permanente de los diferentes departamentos entre sí.

La Junta Directiva, es el órgano de gobierno y constituye el ámbito de definición de las políticas institucionales. Está integrado por once miembros, que se renuevan cada dos años y son elegidos por los socios del SMU.

De la Junta Directiva, depende la Gerencia General Técnica, a cargo de un médico especialista en administración de servicios de salud y la Gerencia General Administrativa, a cargo de un contador.

En relación de dependencia directa con la Dirección Técnica, se encuentran los Directores Adjuntos de: Sanatorios, Policlínico, Interior y Atención Descentralizada, todos médicos especialistas en Administración de Servicios de Salud.

La Junta Directiva, cuenta con asesoramiento en las áreas: técnico-administrativa, comercial y comunicacional. Existen también diferentes comisiones integradas por especialistas médicos y no médicos de la Institución, que asesoran en temas puntuales a la gerencia.

Se estructura en tres áreas: una donde se desarrollan y organizan los servicios asistenciales, una de apoyo financiero-contable y otra de administración.

El área asistencial se encuentra dividida en sectores:

- a)** Servicios Clínicos. Abarcan las cuatro especialidades básicas y las especialidades médicas y quirúrgicas.

- b)** Servicios de Diagnóstico y Tratamiento. Están compuestos por departamentos de: Anestesia, Hemoterapia, servicios de Tomografía Computada, Radiología, Mamografía. Contrata otros servicios en clínicas externas.
- c)** Consulta externa centralizada. Se desarrolla en el Policlínico incluyendo entre otras: Medicina Interna, Neumología, Diabetología.
- d)** Cirugía del Día. Se realiza en el Sanatorio N° 1, resuelve la atención de pacientes quirúrgicos seleccionados, en las especialidades de Cirugía General, Pediatría, Urología, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología y Oftalmología. Los pacientes ingresan en la mañana, se intervienen quirúrgicamente y egresan en el mismo día.
- e)** Institutos de Medicina Altamente Especializada. El CASMU cuenta con tres IMAE propios: uno de prótesis de cadera, otro de hemodiálisis y diálisis peritoneal, y un tercero del área cardiológica.
- f)** Servicios Técnicos No Médicos. Están integrados básicamente por: Enfermería, Alimentación, Farmacia, Servicio Social y Registros Médicos.

El funcionamiento de la Institución implica: atención ambulatoria no urgente, atención de urgencia-emergencia y atención en régimen de internación de cuidados moderados, intermedios e intensivos.

El sistema de atención ambulatoria no urgente, está integrado por:

- a)** atención descentralizada, compuesta por los “médicos de zona” (medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, cardiología, endocrinología, diabetología), que desarrollan su actividad en consultorios particulares.
- b)** UPECAS, son policlínicas autogestionadas que abarcan las cuatro especialidades básicas y cuentan con laboratorio y farmacia. Disponen además de diversas especialidades médicas y otras disciplinas (enfermería, nutrición, psicología, odontología).
- c)** Servicios de atención domiciliaria, tales como enfermería, practicantes de zona, inhala-terapia y fisioterapia.

La atención de urgencia–emergencia y urgencia domiciliaria, se ofrece con distintos perfiles en sus tres sanatorios: N° 1 médico y pediátrico, N° 2 quirúrgico y traumatológico y N° 3 gineco-obstétrico.

El servicio de Urgencia Domiciliaria permite la cobertura de adultos y niños de todo el departamento, hasta con la asistencia de especialistas si fuese necesario.

La atención en régimen de internación, se realiza en sus cuatro sanatorios: el N° 1 y N° 2 ofrecen servicios médico-quirúrgicos, el N° 3 gineco-obstétricos y el N° 4 cuidados especiales. Además utiliza sanatorios contratados o el propio domicilio del paciente.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. ESTRUCTURACIÓN DE ORGANIZACIONES

Las **organizaciones** permiten a la sociedad satisfacer aquellas necesidades que individualmente las personas no pueden alcanzar. Son formaciones sociales que cuentan con estructuras determinadas que utilizan recursos para obtener ciertos resultados.

El **diseño organizacional** es un proceso por el cual los administradores determinan la estructura apropiada para cumplir los objetivos establecidos. La **estructura organizacional** se relaciona con la estrategia de la Organización y es la forma en que están ordenadas las unidades que la integran y la relación que existe entre ellas.

En el diseño organizacional, en primer lugar se decide sobre la **división del trabajo**; se divide en cargos específicos que tienen actividades determinadas. Un cargo está constituido por: un conjunto de tareas cuyo titular debe realizar, aptitudes que debe poseer y responsabilidades que debe asumir; es una unidad de trabajo específico e impersonal. La personificación del cargo es el puesto o plaza, un conjunto de tareas, responsabilidades y condiciones de trabajo, asignadas a un empleado en particular.

En segunda instancia, se realiza la **departamentalización**, que consiste en la agrupación de las actividades divididas anteriormente, de acuerdo a alguna característica compartida, en órganos o unidades. Estos tienen a su cargo una o varias funciones o parte de ellas, en determinado nivel jerárquico, dependiendo del grado de desagregación a que se llegue. Son una unidad administrativa impersonal.

Una de las formas de departamentalización es la **funcional**, donde las actividades se agrupan de acuerdo a las funciones más importantes, desempeñadas por los mismos especialistas. Ésta es aplicable tanto en empresas de servicios como de producción.

Otra, es la departamentalización por productos, consiste en agrupar las actividades en base al producto, como consecuencia de que la elaboración y comercialización de cada uno requiere conocimientos técnicos, máquinas, instalaciones, procesos de fabricación y distribución completamente diferentes.

También está la geográfica o territorial, que es aplicable cuando la empresa se encuentra muy extendida territorialmente, en ésta, todas las actividades de una determinada región se asignan a un gerente.

Las organizaciones, buscando satisfacer las necesidades de la clientela, agrupan sus actividades en función de éstas, surgiendo así otra forma de departamentalización denominada por clientes o consumidores.

Como resultado de la combinación de las dos primeras, surge la matricial, que se caracteriza por la existencia de un sistema dual de autoridad donde el personal debe informar tanto al gerente del departamento funcional, como al del proyecto o producto. Es útil en organizaciones que trabajan en base a proyectos.

En tercer término, en el proceso de diseño organizacional está la **delegación de autoridad**, que se refiere a la asignación de autoridad formal junto con la respectiva responsabilidad que conlleva. La autoridad es el derecho de tomar determinadas decisiones y de exigir obediencia a los subordinados, sin aprobación previa del superior inmediato.

En cuarto lugar, se realiza el **control**, que se refiere a la cantidad de personas y departamentos que dependen de un gerente y la **coordinación** que es un proceso consistente en integrar las actividades de los departamentos para lograr los objetivos organizacionales. El grado de coordinación dependerá del tipo de tareas y de la interdependencia que existe entre las personas que las realizan.

Mintzberg en “La Estructuración de las Organizaciones” desarrolló distintas formas en que las organizaciones se estructuran para cumplir con sus fines.

a) Estructura Simple u Organización Empresarial. Es propia de organizaciones pequeñas, que operan en un entorno dinámico, formadas por uno o más administradores y un grupo de operarios que realiza el trabajo básico. Se caracteriza porque el trabajo es poco estandarizado y la supervisión es directa, los administradores

establecen las instrucciones y controlan las acciones. El planeamiento es mínimo y el control es altamente centralizado.

- b) *Burocracia Mecánica u Organización Maquinal.*** Se utiliza en empresas de gran tamaño, ambientes estables y controlados en general externamente. Se prioriza la estandarización del trabajo, la coordinación se realiza a través de la normalización de procesos, que es la especificación directa de la tarea que debe realizar el operario.
- c) *Burocracia Profesional u Organización Profesional.*** Se observa en organizaciones que se encuentran en medios estables pero complejos. Se basa en la estandarización de conocimientos y habilidades de los profesionales que realizan tareas operativas, a los cuales se les cede poder. Es necesario contar con personal de apoyo que dé soporte a los profesionales, resultando una estructura horizontal y descentralizada. El mecanismo de coordinación es la normalización de habilidades que consiste en determinar los conocimientos necesarios para ocupar un puesto.
- d) *Estructura Divisionalizada u Organización Diversificada.*** Se manifiesta en organizaciones grandes con un entorno sencillo y estable. Está constituida por unidades de línea media, llamadas divisiones. Éstas son semiautónomas, tienen su propia estructura y sus administradores retienen gran parte de la autoridad y siguen los lineamientos de la dirección. La coordinación se realiza a través de la normalización de resultados mediante los cuales se especifica lo que se quiere conseguir para alcanzar los objetivos de la Organización.
- e) *Adhocracia u Organización Innovadora.*** Se aplica en entornos complejos y dinámicos. Es una estructura flexible, donde la autoridad se traslada constantemente basándose en la competencia y no en la jerarquía. El control y la coordinación se realizan por ajuste mutuo a través de las comunicaciones informales y la interacción de expertos entrenados y especializados que realizan el trabajo en forma conjunta. Se identifican dos clases de Adhocracia: operativa y administrativa. La

Adhocracia operativa lleva a cabo proyectos por encargo de clientes, trata a cada uno de ellos como único. El centro operativo y la estructura administrativa trabajan integrados en un único esfuerzo. La Adhocracia administrativa se compone de dos partes: la administrativa que lleva a cabo el trabajo de diseño y la parte operativa que lo ejecuta.

f) Organización Misionera. Aplicable en organizaciones de diversos tamaños y entornos hostiles. La división de trabajo es difusa, con poca especialización en los puestos. La coordinación se logra a través de la normalización de las normas, compartiendo creencias, valores y reglas comunes de los trabajadores.

g) Organización Política. Se puede encontrar en organizaciones de cualquier tamaño y entorno. Debido a la inexistencia de partes y mecanismos de coordinación predominantes, surgen dificultades para solucionar los conflictos internos. Lo único que predomina es el poder, el cual depende de la intensidad y/o duración del conflicto.

IV.2. PROCESOS

Los procesos operan dentro de la estructura ya sea en el interior de las unidades como entre ellas, las estructuras afectan los procesos y viceversa. El profesor Miguel Penengo define **proceso** como un conjunto ordenado y acotado de actividades interrelacionadas y de recursos, que partiendo de ciertos insumos (productos y/o información), los transforma en bienes o servicios de mayor valor para el cliente (externo o interno).

Según Javier Mari en “Los Procesos y los Procedimientos Administrativos en las Organizaciones”, se pueden clasificar en dos categorías:

a) procesos centrales, también denominados **críticos o sustantivos**, son aquellos que contribuyen a alcanzar la misión de la Organización. A través de ellos la Organización alinea su misión y objetivos estratégicos con las actividades que se realizan para alcanzarla. Pueden variar por sector de actividad.

b) procesos de apoyo, sustentan a los procesos centrales y permiten su desempeño eficaz y eficiente. Suelen no variar por sector de actividad ya que toda Organización necesita de ellos para alcanzar sus objetivos.

A nivel de la salud, según la Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales⁵, el **proceso asistencial** es el conjunto de actuaciones, decisiones o tareas que se desarrollan secuencial y ordenadamente con la finalidad de incrementar el nivel de salud y aumentar el grado de satisfacción del paciente o población a la que se dirige.

En función del impacto sobre el usuario final, los procesos se pueden clasificar en: estratégicos, operativos y de soporte.

Los procesos **estratégicos o de gestión**, adaptan la Organización a las necesidades y expectativas de los afiliados, buscan incrementar la calidad en los servicios y se orientan a las actividades estratégicas de la empresa procurando garantizar la supervivencia de la misma.

Los procesos **operativos o clave**, están en contacto directo con el usuario, abarcan las actividades que generan mayor valor agregado y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del mismo.

Los procesos **de soporte o de apoyo**, generan los recursos que precisan los demás, facilitándolos.

En particular, en las Instituciones de salud, los procesos estratégicos son los organizativos, como por ejemplo, los que están encaminados al desarrollo profesional. De acuerdo con el objetivo de este estudio, claves serían los procesos clínico-asistenciales (Tratamiento y Seguimiento del Paciente Diabético, Control Prenatal, Diagnóstico y Preparación para la Operación de Vegetaciones) y los de soporte, serían los relacionados con los servicios centrales, por ejemplo: laboratorio, cocina, farmacia, hostelería.

⁵ La Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales se obtuvo de la página web de la Junta de Andalucía.

IV.2.1. Componentes del Proceso

En primera instancia se definen los recursos humanos, materiales y unidades de apoyo que intervienen en el proceso. Son aquellos que contribuyen al desarrollo del mismo realizando o permitiendo alguna actividad.

Dentro de los **recursos humanos**, se encuentra el responsable del proceso que es la persona con capacidad de liderazgo, con conocimiento y con autonomía para tomar decisiones, que asegura el desarrollo, que coordina y facilita la participación de los profesionales en el mismo. El dueño del proceso es quien decide el momento en que ingresa y/o egresa del mismo, así como el grado de cumplimiento de las indicaciones establecidas por el responsable. Se cuenta también con las personas o unidades que realizan actividades dentro del proceso, este grupo está integrado por los médicos (cuya responsabilidad es directa e individual con el paciente), enfermeras, nurses.

Otro de los componentes son los **recursos materiales**, o sea elementos de entrada al proceso, están determinados por las necesidades del mismo para el logro de los objetivos, pueden ser agrupados en fungibles (gasa, alcohol) e inventariables (equipamiento, mobiliario).

Las **unidades de soporte**, son las responsables de los procesos de apoyo. Ofrecen al proceso operativo las entradas o recursos necesarios para el logro de sus objetivos. Sin ser servicios principales, apoyan la producción de éstos, son ejemplos claros los análisis de laboratorio, imagenológicos (con ellos el médico verifica su diagnóstico), farmacia, cocina, registros médicos.

En segunda instancia se definen las **actividades**, todo proceso incluye una sucesión de ellas, cada una tiene una actividad precedente y otra consecuente. Éstas constituyen los diferentes pasos por los cuales se transita en la búsqueda del objetivo del proceso. A vía de ejemplo, en el proceso de atención de una cirugía de vegetaciones, serían actividades: consulta con especialista, realización de análisis, coordinación de la intervención.

IV.2.2. Diseño del Proceso

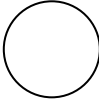

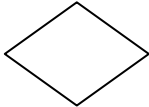


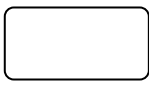

Para describirlo se define en primer lugar su misión y objetivos, sus límites y su(s) responsable(s) de modo de asegurar un adecuado desarrollo posterior. La misión identifica el objetivo fundamental de éste, su razón de ser, lo cual facilita la determinación de los procesos claves y cuáles son los objetivos perseguidos en cada caso. En cuanto a los límites, existen los de entrada y de salida, delimitan dónde empieza y dónde termina la secuencia de actividades relacionadas con el proceso. Tanto la entrada como la salida pueden producirse en cualquier nivel asistencial, en algunos casos no puede identificarse el límite final o de salida, como ocurre en un paciente con una patología crónica. El responsable (definido anteriormente), debe asegurarse, que el proceso se desarrolle como está diseñado y que el producto final satisfaga las necesidades del destinatario. Busca la participación y compromiso de todas las personas que intervienen en el desarrollo del mismo, garantiza su control, mejora continua y lo adapta a las necesidades cambiantes de los usuarios y de la tecnología cuando se requiera.

En segunda instancia, se debe identificar quién es el destinatario del proceso (usuario), ya que la razón última del mismo es satisfacer sus necesidades y expectativas. Es en las personas o estructuras organizativas sobre quienes la salida del proceso tiene impacto. Se pueden distinguir entre usuarios externos e internos. Estos últimos son individuos o servicios pertenecientes a la Organización que reciben el producto o servicio, mientras que los externos son los clientes finales (no integrantes de la Organización) que disfrutan de ellos.

El tercer paso, es definir e identificar cada uno de los procesos claves y sus responsables, así como sus objetivos, actividades y subprocesos. También se establecen las relaciones entre ambos, se relacionan las actividades que se incluyen en ellos, sus elementos, diagramas, secuencias, entradas y requisitos de calidad. Todo esto constituye la arquitectura del proceso, la cual permite describir el conjunto de actividades y sus relaciones desde un nivel general hasta otro de mayor detalle, especificando instrucciones de trabajo o tareas específicas que deban realizarse.

Penengo en “Análisis y simplificación de Procedimientos” define la diagramación del proceso como la expresión gráfica del mismo, de la sucesión cronológica y secuencial de actividades que se ejecutan con un determinado fin. El flujograma constituye una herramienta útil que ayuda a lograr la mejor comprensión del proceso. Es un efectivo medio de comunicación sobre cómo es ejecutado de inicio a fin y cómo éste cruza las distintas unidades organizacionales, mostrando sus interacciones a lo largo de toda la Organización. Permite también que sea visualizado desde el punto de vista del cliente.

La representación gráfica de un proceso se basa en la utilización de símbolos, los más frecuentes son:

-  Círculo, en el interior se indica principio o fin, simboliza el inicio o fin total de un proceso.
-  Rectángulo con puntas cuadradas, representa una actividad definida en forma de verbo u objeto.
-  Rombo, contiene una pregunta respecto a la decisión que debe tomarse, en general existirán dos posibilidades, “sí” o “no”.
-  Línea sólida con una cabeza de flecha, indica el flujo de trabajo entre símbolos de procesos o actividades.
-  Documento, representa los informes elaborados.
-  Rectángulo con puntas redondeadas, representa un proceso definido en forma de verbo u objeto.
-  Círculo pequeño, simboliza la interrupción de la graficación y su continuación en otro punto del diagrama o en otra hoja. En el interior se coloca un número o letra que permite identificar cuál es el conector con el que forma pareja.

Finalmente, se establecen criterios e indicadores a efectos de medir, evaluar y controlar la calidad, utilidad y eficacia del proceso, así como el grado en que satisface a los usuarios.

IV.2.3.Indicadores

Los procesos no se pueden medir en forma general, sino que hay que evaluar diferentes aspectos de los mismos. “Para ello se definen criterios e indicadores para cada uno y en función de la información disponible se fijan estándares de calidad que posibilitan saber en qué medida el dato del indicador refleja si se hace bien lo correcto.”(J.M. Aranaz et al., 2003:81).

Criterio, es la condición que debe cumplir el equipo sanitario para ser considerado de calidad. **Indicador**, es la forma en que se mide o evalúa un criterio. **Estándar de calidad**, es el grado de cumplimiento exigible a un criterio, el intervalo en el que resulta aceptable el nivel de calidad.

Según Galán Morera y Franz Pardo Tellez, la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria se planteó en primera instancia por Donabedian quien distinguió entre la calidad de la estructura, de los procesos y de los resultados.

La estructura, incluye los soportes físicos, económicos, de personal, de formación, organización, destinados a la atención de salud.

Los procesos, se refieren al conjunto de acciones que realiza el médico sobre el paciente y cómo estos buscan la atención médica y responden a las pautas terapéuticas recomendadas.

Los impactos de estos procesos sobre la salud de los pacientes son los resultados o desenlaces, definidos como los cambios, en el estado de salud de las personas o comunidades, que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual.

Un indicador, es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo: **tasa** (cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo: muerte, enfermedad, accidente, en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo durante un período especificado), **proporción** (cuando el numerador está incluido en el denominador) o **razón** (cuando los dos términos del cociente son de diferente naturaleza). También puede ser cualquier otro tipo de **valor lógico**. En ocasiones se define como una relación entre variables que se consideran significativas y muestran su importancia real cuando

se utilizan en forma comparada. La OMS los ha definido como “variables que sirven para medir los cambios”.

Una **variable** es una propiedad que adquiere distintos valores, es algo que varía, es un símbolo al cual se le asignan numerales o valores.

Para que un indicador sea de utilidad, debe cumplir con una serie de atributos de calidad, entre los cuales están:

- a) *validez*, medir realmente aquello que se propone
- b) *confiabilidad*, lograr que mediciones repetidas por distintos observadores den como resultado valores similares del mismo indicador
- c) *comprensibilidad*, poder interpretarse fácilmente
- d) *sencillez*, ser sencillo de administrar, aplicar y explicar
- e) *sensibilidad*, ser capaz de captar los cambios
- f) *relevancia*, poder dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud
- g) *mensurabilidad*, estar basado en datos disponibles o fáciles de conseguir
- h) *especificidad*, reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación
- i) *costo/efectividad*, obtener resultados que justifiquen la inversión de tiempo y recursos.

Los indicadores pueden ser simples (por ejemplo, una cifra absoluta o una tasa de mortalidad) o compuestos, es decir, contruidos sobre la base de varios indicadores simples, generalmente utilizando fórmulas matemáticas más complejas.

Existen indicadores: que evalúan la Política Sanitaria, sociales y económicos, de prestación de salud (asistenciales), de calidad de la asistencia y de cobertura.

Entre los de evaluación de Política Sanitaria, está la asignación de recursos, que se expresa como la proporción del producto nacional bruto invertido en actividades relacionadas con servicios de salud.

Dentro de los sociales y económicos, se pueden mencionar la tasa de crecimiento de la población, la tasa de alfabetismo de adultos y la disponibilidad de alimentos.

Los indicadores asistenciales, reflejan aspectos concretos de la actividad de las Instituciones médicas, tanto en lo que se refiere a la producción de servicios como a la calidad de los mismos.

Entre los de calidad de la asistencia, se encuentran los de gestión que expresan cuantitativamente una relación que permite llamar la atención sobre un problema o un aspecto del mismo. Son la expresión simbólica de los problemas de gestión. Son útiles para procesar y comparar a través del tiempo el desempeño de un sistema de salud.

Los indicadores de cobertura, refieren al porcentaje de una población que efectivamente recibe atención en un período definido, por ejemplo, la cobertura de vacunación BCG en recién nacidos.

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, desde el recuento directo, hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados. La calidad de un indicador depende de la calidad de los componentes utilizados en su construcción, así como la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos.

V. PROCESOS CLAVES OBJETO DE ESTUDIO

V.1.CONTROL PRENATAL

La OMS realizó una investigación en clínicas de diversos países con el propósito de evaluar la efectividad de dos modelos de Control Prenatal (CPN), se comparó el estándar con el nuevo modelo basado en un número reducido de visitas prenatales.

En el estándar está establecido que las mujeres consulten las clínicas una vez al mes en los primeros seis meses del embarazo, una vez cada dos o tres semanas en los dos meses siguientes y luego una vez por semana hasta el parto. Con este esquema, una mujer realizaría alrededor de doce visitas a la clínica durante su embarazo.

En el nuevo modelo, la OMS divide a las embarazadas en dos grupos: aquellas elegibles para recibir el CPN de rutina (llamado componente básico) y aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita, independientemente de la edad gestacional. Éstas realizarían durante su embarazo cuatro visitas a la clínica. A las restantes se les brinda el cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectado. Las mujeres que necesitan cuidados especiales representarán, en promedio, aproximadamente un 25% de todas las que inician el Control Prenatal.

Las asignadas al nuevo modelo de la OMS que asistieron a las clínicas, tuvieron una mediana de cinco visitas, mientras que aquellas asignadas al modelo de CPN estándar, tuvieron una mediana de ocho.

Se concluyó que en la práctica clínica, se pueden introducir los modelos con un número reducido de visitas prenatales sin riesgo de consecuencias adversas para la mujer o el feto-neonato, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

En este trabajo se abordará el proceso de Control Prenatal, particularmente el caso de embarazadas que no requieren cuidados especiales, ya que las mismas representan el 75% del total según la OMS.

El proceso de Control Prenatal es uno de los procesos clínico-asistenciales o clave, que se define como la serie de consultas y controles programados, que realiza la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto. La consulta o visita es el “procedimiento prestado a un paciente, por un integrante del equipo de salud con título universitario para fines de diagnóstico y/o orientación terapéutica”. (Glosario Servicios de Salud del MERCOSUR)

En nuestro país, el MSP desarrolló un Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género, donde se establecen Normas de Atención a la Mujer Embarazada, dentro de las cuales se indica el seguimiento y frecuencia de las consultas de una mujer que cursa embarazo normal.

De la norma anteriormente mencionada, se desprende que el proceso comienza cuando la usuaria solicita consultar al ginecólogo ante la sospecha de embarazo, luego ésta asiste a la consulta, el médico le indica estudios y/o análisis a realizarse con el fin de poder diagnosticar.

Confirmado el diagnóstico de embarazo, se elabora el carné de atención integral de la embarazada y programan las actividades para su seguimiento; el médico (ginecólogo, ginecotólogo, obstetra, partera, médico general o de familia) le informa acerca de la importancia del seguimiento por parte del equipo sanitario, con la finalidad de prevenir, detectar tempranamente y tratar posibles patologías que pueden incidir negativamente en su salud, la de su feto y/o recién nacido.

La frecuencia de consultas aconsejadas en un embarazo normal será: mensualmente hasta la semana 32, quincenalmente hasta la semana 36 y semanalmente hasta el parto. Esta secuencia podrá alterarse a juicio de la mujer y/o circunstancias que así lo ameriten.

Sin embargo, existe suficiente evidencia científica que sugiere que el número de consultas obstétricas de la mujer con un embarazo normal, debe ser como mínimo cinco, ya que no se mejoran los resultados perinatales, al

aumentarlas. Pero se demostró que con esta cantidad de visitas se sienten insatisfechas, y les gustaría haber tenido un mayor número de consultas, por lo cual se aconseja la frecuencia primeramente mencionada.

Respecto al número de ecografías, la evidencia científica señala que no se han mejorado los resultados perinatales al realizar más de dos, una en el primer trimestre y la segunda entre las semanas 18 y 24, sin embargo, los estudios de satisfacción de la mujer sugieren que ellas prefieren realizarse más estudios ecográficos, por ello se realiza una tercera ecografía en el último trimestre.

En la primera consulta se inicia la historia clínica, el carné obstétrico perinatal, e historia clínica base (Sistema Informático Perinatal-SIP), donde se deja constancia del peso, la altura y la presión arterial previa al embarazo. El facultativo le informa sobre los síntomas y signos fisiológicos y anormales que pueden presentarse de acuerdo a la etapa en que se encuentra y le explica nociones sobre la alimentación durante el embarazo y la lactancia. La interroga en cuanto a sus antecedentes obstétricos, personales, familiares, conyugales, inmunitarios, socioeconómicos y culturales. Incluye la fecha de la última menstruación, con el fin de realizar el cálculo de la edad gestacional y la fecha probable de parto. Le realiza un examen físico general, de mamas, ginecológico y le indica rutinas: obstétrica, de sangre y orina. También se realizará una glicemia en ayunas para el diagnóstico de diabetes gestacional, si la mujer no presenta factores de riesgo, no se realizará más tamizaje para este diagnóstico.

En las consultas subsiguientes se actualizará la historia clínica, se pedirán y discutirán los exámenes solicitados en la consulta anterior. En esta etapa se identifican las mujeres que necesitarán cuidados adicionales. Se informa respecto a los síntomas y signos fisiológicos y anormales de acuerdo a la etapa del embarazo en que se encuentre. El equipo de salud indagará sobre el estado de ánimo de la mujer y su empatía con su embarazo, así como destacará los signos de alarma por los cuales debería consultar inmediatamente (por ejemplo: fiebre mayor a 38° C, contracciones uterinas dolorosas, disminución de movimientos fetales).

En el caso de aquellas mujeres que requieren cuidados adicionales, se derivan a los especialistas que corresponda según la patología (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, nefropatía, abuso de drogas, VIH positivo).

El siguiente cuadro muestra el esquema de exámenes a realizar y la frecuencia sugerida de los mismos durante el Control Prenatal.

Cuadro 3: Exámenes paraclínicos y frecuencia sugerida

Amenorrea	Papanicolau	ABO y Rh	Hemograma	VDRL/RPR	HIV	Hep. B	Glicemia	PTOG	Toxoplasmosis	Orina	Urocultivo	EGBO	Ecografía
1º Control	X (1)	X	X	X	X		X		X	X	X		X
Semana 20		X (2)											X
Semana 24		X (2)											
Semana 28		X (2)	X	X	X			X (3)	X (4)	X	X		
Semana 32													
Semana 34													
Semana 36						X			X (4)	X	X	X	X
Semana 37													
Semana 38										X			
Semana 39													
Semana 40										X			

(1) Cuando no esté vigente.

(2) En caso de ser RH (-) C (-).

(3) En caso de tener factores de riesgo para Diabetes Gestacional.

(4) En caso de ser Ig H (-).

Fuente: Guía en Salud Sexual y Reproductiva del MSP (2007)

La educación de la mujer embarazada es fundamental durante el proceso de embarazo, es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario cuya función es brindar una adecuada preparación e instrucción a la mujer y su familia.

Se le brinda información sobre:

- a)** el autocuidado
- b)** posiciones corporales, sueño y descanso
- c)** salud bucal, prevención de infecciones dentarias e higiene bucal

- d)** guías alimentarias, basadas en alimentos para prevenir las enfermedades nutricionales deficitarias y alimentarse sanamente
- e)** ácido fólico preconcepcional y en las primeras semanas de la gravidez
- f)** síntomas y signos fisiológicos y patológicos de cada trimestre
- g)** cambios del cuerpo durante la gestación
- h)** sentimientos contradictorios, incertidumbres, dudas, temores e inseguridades del embarazo
- i)** parto, trabajo de parto, parto, nacimiento y puerperio
- j)** amamantamiento y lactancia natural.

En el proceso anteriormente descrito, se identifican dentro de sus componentes, a los recursos humanos que participan, entre los que se incluyen las parteras, enfermeras, nurses, nutricionistas, odontólogos, el médico general o de familia y el médico tratante: ginecólogo, ginecotólogo u obstetra. También se destacan las unidades de soporte, que constituyen un conjunto de procedimientos orientados a aportar información a los procesos asistenciales claves, mediante distintas técnicas. Se utiliza la Imagenología que comprende la realización de todo tipo de exámenes diagnósticos y terapéuticos en los cuales variados equipos reproducen imágenes del organismo. Entre ellos se encuentran: Imagenología Mamaria, Radiología, Resonancia Magnética, Tomografía Computada, Ecografía. Así mismo en el Laboratorio Clínico, se realizan análisis (sangre, orina) que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes. La unidad de Registros Médicos, es la responsable de todos los archivos que contengan información referida al paciente, como la historia clínica, las bases de admisión y egresos, sistema de reserva de turnos y estadísticas. La Farmacia es otra unidad de apoyo al proceso asistencial y en ella se realiza la dispensación de medicamentos a los usuarios.

En el diseño de este proceso se identifica como límite de entrada, la sospecha de embarazo de la mujer ante la primera falta menstrual, límite de salida, el momento previo al parto, como responsable del mismo, se encuentra el médico tratante. El destinatario de este proceso, es la embarazada. El proceso

clave, es el Control Prenatal que se puede dividir en consultas del primer, segundo y tercer trimestre.

V.2. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO

La OMS calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble en el 2030.

De acuerdo a datos publicados por el MSP, en Uruguay el 8,2 % de la población es diabética. De ellos, un 20% desconoce que padece esta enfermedad. Además existe otro 8% de la población que tiene grandes probabilidades de ser diabético, por tal motivo los estudios de prevalencia sitúan en 16,2 el porcentaje de uruguayos con diabetes, aproximadamente 534.600 uruguayos.

Según la OMS “la diabetes es una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia). La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos.”

La OMS establece que existen distintos tipos de diabetes mellitus:

- a) La **diabetes de tipo 1 (DM1)** conocida como diabetes insulino dependiente o de inicio en la infancia, se caracteriza por una ausencia de la producción de insulina. Sin la administración diaria de insulina exógena, este tipo de diabetes lleva rápidamente a la muerte. Sus síntomas consisten en una producción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante, pérdida de peso, alteraciones visuales y fatiga.
- b) La **diabetes de tipo 2 (DM2)** conocida como diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta luego que ya han aparecido sus complicaciones, se debe a que el organismo no utiliza eficazmente la insulina. El 90% de los diabéticos del mundo padecen de

este tipo de diabetes, debido en gran parte a la inactividad física y al peso corporal excesivo. Los síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 1, pero menos acentuados. Hasta hace poco este tipo de diabetes sólo se observaba en los adultos, pero ahora también empieza a verse en niños obesos.

- c) La diabetes gestacional (DMG)** es la hiperglucemia que se identifica por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse por las pruebas realizadas durante los exámenes prenatales, más que por la manifestación de síntomas.

Según la Asociación de Diabetología y Nutrición del Uruguay en nuestro país un 10% de la población diabética sería de Tipo 1 y 90% de Tipo 2. Debido a estos datos es que en el presente trabajo se abordará el proceso de Tratamiento y Seguimiento del Paciente DM2.

A nivel internacional existe una Guía Global para la DM2 publicada por la Federación Internacional de Diabetes (en adelante IDF). En ella se proponen recomendaciones para manejar la diabetes en tres niveles de atención, definidos en base a la disponibilidad de recursos que son: atención mínima, atención estándar y atención integral. Específicamente en el nivel de atención estándar se recomienda:

- a)** ofrecer atención a todas las personas con diabetes
- b)** fomentar una relación de colaboración incluyendo activamente al diabético en la consulta, creando oportunidades para que pueda plantear preguntas y expresar sus preocupaciones
- c)** ofrecer supervisión anual de todos los aspectos del control y el tratamiento de la diabetes
- d)** acordar un plan de atención con cada persona, revisarlo anualmente o más a menudo y modificarlo si es necesario
- e)** basarse en un protocolo para aplicar el plan de atención en visitas sistemáticas programadas

- f)** proporcionar la forma de tener acceso urgente para consultar sobre problemas imprevistos en el cuidado de esta enfermedad
- g)** organizar el programa de atención
- h)** utilizar un equipo de atención multidisciplinario con experiencia específica en diabetes
- i)** asegurar que toda persona con diabetes esté registrada en una lista, para facilitar su citación a la revisión anual
- j)** proporcionar contacto telefónico entre las visitas a la clínica
- k)** utilizar los datos recogidos en la atención de rutina, para apoyar el control de calidad y la proyección de actividades.

El mejoramiento de la calidad de la atención, contribuye al mejor control metabólico, a la mejoría de la calidad y la expectativa de vida de las personas que padecen diabetes. En este sentido, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (en adelante ALAD) se une a la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) para presentar las Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la DM2. Estas guías no difieren sustancialmente de las recomendaciones establecidas por la IDF para el nivel de atención estándar.

Las Guías ALAD establecen un Protocolo de control clínico y de laboratorio cuyo objetivo es permitir la evaluación inicial y periódica del paciente diabético en sus aspectos clínicos, metabólicos y psicosociales. Se detalla la frecuencia con la cual se deben realizar los componentes más importantes de esta evaluación. Algunos de los parámetros pueden requerir controles más frecuentes para evaluar el efecto del tratamiento. Los exámenes complementarios sólo son necesarios si se detecta una anormalidad.

En base al mencionado protocolo se describe el desarrollo del Proceso de Tratamiento y Seguimiento del Paciente Diabético a los efectos de este trabajo de investigación. Se aplica al caso de aquellos que no presenten otras patologías y/o complicaciones.

Éste es uno de los procesos clínico asistenciales o claves que se define como la serie de consultas y controles programados, que realiza el paciente

diabético con los integrantes del equipo de salud, con el objeto de monitorear el transcurso de la enfermedad.

En el momento de la primera consulta, el diabetólogo registra su estado en la historia clínica, comprueba su peso, su talla e índice de masa corporal (en adelante IMC), la circunferencia de la cintura, explicándole las medidas precisas para que se mantenga lo más cerca posible del peso ideal y revisando sus hábitos alimentarios y su actividad física diaria. Comprueba su tensión arterial y los pulsos periféricos. Procede a una inspección de los pies; analiza la sensibilidad de los mismos (vibración, monofilamento), los reflejos aquiliano y patelar. Realiza y/o indica un examen físico completo: fondo de ojo con pupila dilatada o fotografía no midriática de retina, análisis de agudeza visual, examen odontológico, examen de glucemia, A1c (hemoglobina glucosilada estable), perfil lipídico, parcial de orina, microalbuminuria, creatinina, electrocardiograma, prueba de esfuerzo, ciclo educativo, reforzamiento de conocimientos y actitudes, evaluación psicosocial.

En consultas subsiguientes, cada tres o cuatro meses, el médico evalúa los problemas activos y los nuevos eventos que se presentan, comprueba nuevamente el peso e IMC, la circunferencia de la cintura, presión arterial, inspección de pies, glucemia, A1c, reforzamiento de conocimiento y actitudes y actualiza la historia clínica.

Anualmente en las consultas con el especialista se vuelven a realizar todos los exámenes de la primera consulta así como los indicados posteriormente.

El siguiente cuadro resume los controles y la periodicidad con que deben realizarse para evaluar la situación del paciente.

Cuadro 4: Controles recomendables para un paciente diabético y periodicidad de los mismos

Procedimiento	Inicial	Cada 3 o 4 meses (1)	Anual
Historia clínica completa	X		
Actualización datos historia clínica			X
Evolución de problemas activos y nuevos eventos		X	
Examen físico completo	X		X
Talla	X		X
Peso e IMC	X	X	X
Circunferencia de cintura	X	X	X
Presión arterial	X	X	X
Pulsos periféricos	X		X
Inspección de los pies	X	X	X
Sensibilidad pies (vibración, monofilamento)	X		X
Reflejos aquiliano y patelar	X		X
Fondo de ojo con pupila dilatada o fotografía no midriática de retina	X		X (3)
Agudeza visual			X
Examen odontológico	X		X
Glucemia	X	X	X
A1c	X	X	X
Perfil lipídico	X		X
Parcial de orina	X		X
Microalbuminuria	X		X
Creatinina	X		X
Electrocardiograma	X		X
Prueba de esfuerzo (2)	X		?
Ciclo educativo	X		X
Reforzamiento de conocimientos y actitudes		X	
Evaluación psicosocial	X		X

(1) Toda persona con diabetes debe ser controlada al menos cada tres o cuatro meses pero puede ser más frecuente si el caso lo requiere.

(2) Se recomienda en personas mayores de 35 años, especialmente si van a iniciar un programa de ejercicio intenso. No hay evidencia que indique la frecuencia de este examen.

(3) Estudios de costo-beneficio sugieren que el examen oftalmológico se repita cada dos años cuando es normal.

Fuente: Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la DM2

El proceso educativo es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético. La persona con DM debe involucrarse activamente en su tratamiento y puede definir los objetivos y medios para lograrlos de común acuerdo con el equipo de salud. Los propósitos básicos del proceso educativo son:

- a)** lograr un buen control metabólico
- b)** prevenir complicaciones
- c)** cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad
- d)** mantener o mejorar la calidad de vida
- e)** asegurar la adherencia al tratamiento
- f)** lograr la mejor eficiencia en el mismo teniendo en cuenta costo-efectividad, costo-beneficio y reducción de costos
- g)** evitar la enfermedad en el núcleo familiar.

La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados, que hacen de la diabetes una enfermedad grave. Dichos factores son: la obesidad, el sedentarismo, la dislipidemia, la hipertensión arterial y el tabaquismo.

Como parte de la educación es fundamental motivar a toda persona con DM2 a practicar el automonitoreo regularmente, la frecuencia dependerá de la intensidad de la insulino-terapia. Se recomienda hacer glucometrías diarias y a diferentes horas (pre y/o postprandiales) según criterio médico.

Las guías establecen un tratamiento no farmacológico que comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

El primer aspecto es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. El plan debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente; debe ser fraccionado, los alimentos se distribuirán de cinco a seis porciones diarias; la sal deberá consumirse en cantidad moderada; no es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas; las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente; los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos

nutricionales diarios; es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble.

Se considera como actividad física todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que genere gasto calórico. El ejercicio es una subcategoría de actividad física que es planeada, estructurada y repetitiva, deberá cumplir con las siguientes metas: a corto plazo, cambiar el hábito sedentario; a mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos; a largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo).

En cuanto a los hábitos saludables, es indispensable que toda persona con diabetes principalmente evite o suprima el hábito de fumar.

Se debe iniciar tratamiento farmacológico con antidiabéticos, en personas con DM2 que no hayan alcanzado las metas de buen control glucémico con los cambios terapéuticos en el estilo de vida. En los casos en que las condiciones clínicas del individuo permiten anticipar que esto va a ocurrir, se debe considerar el inicio del tratamiento farmacológico desde el momento del diagnóstico de la diabetes.

Es esencial que toda persona que requiera medicación continúe con los cambios terapéuticos en el estilo de vida, los cuales deben adecuarse a dicho tratamiento.

En relación a las complicaciones que suelen presentarse en pacientes diabéticos, las oftalmológicas son de alta prevalencia y severidad. Entre un 20 y 80% las padecen a lo largo de la evolución de la enfermedad. La diabetes es la segunda causa de ceguera en el mundo. Entre un 10 y un 25% de los pacientes pueden tener retinopatía desde el momento del diagnóstico de la DM2. Por ello se debe realizar el examen oftalmológico en la primera consulta.

La nefropatía puede estar presente entre el 10 y el 25% de estos pacientes al momento del diagnóstico. El riesgo de desarrollar una insuficiencia renal solamente se hace significativo cuando se empieza a detectar en la orina la presencia constante de albúmina en cantidades importantes.

La neuropatía diabética es la complicación más frecuente y precoz de esta enfermedad. A pesar de ello suele ser la más tardíamente diagnosticada. Su prevalencia es difícil de establecer debido a la ausencia de criterios diagnósticos unificados, a la multiplicidad de métodos diagnósticos y a la heterogeneidad de las formas clínicas.

Se denomina pie diabético al que tiene al menos una lesión con pérdida de continuidad de la piel (úlceras). El pie diabético a su vez se constituye en el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad.

En el proceso anteriormente descrito, se identifica dentro de sus componentes, a los recursos humanos que participan, entre los que se incluyen las enfermeras, nurses, nutricionista, podólogo, oftalmólogo, nefrólogo, cirujano vascular, neurólogo, el médico general o de familia y el médico tratante (diabetólogo, endocrinólogo). Entre las unidades de soporte podemos encontrar: Imagenología (Radiología, Resonancia Magnética, Tomografía Computada, Ecografía), Laboratorio Clínico (análisis de sangre, orina), Registros Médicos (historia clínica, admisión y egresos, sistema de reserva de turnos, estadísticas), Farmacia (dispensación de medicamentos y tirillas a los usuarios), Unidad de pie diabético (encargada de apoyar en la instrucción y en los cuidados que debe tener un individuo con esta dolencia).

En el diseño de este proceso se identifica como límite de entrada, el diagnóstico de la DM2 sin otras complicaciones. No es posible establecer el límite de salida debido a que éste es un proceso crónico y como tal finaliza con la muerte del paciente. El responsable del mismo es el médico tratante y el destinatario es el paciente. El proceso clave, es el Tratamiento y Seguimiento del Paciente Diabético.

V.3. DIAGNÓSTICO Y PREPARACIÓN PARA LA OPERACIÓN DE VEGETACIONES

Según la Guía de Salud Proceso Adenoidectomía de la Junta de Andalucía, las adenoides también se llaman vegetaciones adenoideas o simplemente vegetaciones. Son un órgano linfático similar a las amígdalas situado por detrás de las fosas nasales. Funcionan como parte del sistema inmunológico del organismo, filtrando los gérmenes que intentan invadir el cuerpo.

Las adenoides están presentes en todas las personas al nacer. Tienden a disminuir de tamaño progresivamente con el crecimiento y desarrollo del cuerpo y desaparecen prácticamente al llegar a la adolescencia. Pero es posible que alguna persona adulta aún las conserve.

Las adenoides pueden sufrir enfermedades, las dos más frecuentes son: la adenoiditis y la hipertrofia adenoidea. Cuando sufren una infección reaccionan inflamándose y produciendo moco abundante y espeso, esto se llama adenoiditis. Las adenoides aumentadas de tamaño sólo precisarán operarse cuando no dejan respirar bien. En estos casos se conocen como adenoides hipertróficas.

La operación es la única forma para eliminar las adenoides. Dicha intervención es molesta y dolorosa, por eso se realiza con anestesia general. Ocasiona además gran impacto psicológico si no se hace así y es difícil garantizar su extirpación completa sin este tipo de anestesia. La amplia mayoría de las operaciones transcurre sin incidencias.

Los síntomas más frecuentes de la hipertrofia adenoidea son: obstrucciones de la respiración, mucosidad nasal, respiración bucal y ruidosa, ronquido, alteración del sueño, voz nasal, mal aliento, tos nocturna, catarro nasal, frecuentes otitis y pausas de apnea.

El presente trabajo se basa en la Guía de Salud Proceso de Adenoidectomía de la Junta de Andalucía, y describe el proceso previo a la adenoidectomía, que es la extirpación de las adenoides, una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la edad infantil.

El proceso de Diagnóstico y Preparación para la Operación de Vegetaciones, es uno de los procesos clínico asistenciales o claves, que se define

como la serie de consultas y estudios que realiza el paciente con hipertrofia adenoidea con los integrantes del equipo de salud a los efectos de ser diagnosticado y tratado, previo a la intervención.

El proceso propiamente dicho comienza cuando el adulto, ante la presencia de la dificultad respiratoria del niño, solicita consulta con el pediatra y éste procede a realizar su valoración, basándose en la anamnesis y exploración física registrando los datos recabados en la historia clínica. Le indica estudios y/o exámenes a realizar (placas radiológicas) a los efectos de determinar el tratamiento a seguir. En la siguiente consulta evalúa los resultados de los análisis realizados, actualiza la historia clínica y en caso de considerarlo necesario, lo deriva a un otorrinolaringólogo ante la sospecha de una hipertrofia adenoidea.

El paciente solicita consulta con el otorrinolaringólogo quien procede a examinarlo con el nasoscopio para ver el tamaño de las adenoides y evaluar el grado de obstrucción, le indica estudios complementarios en caso de ser necesario para confirmar el diagnóstico, todo esto queda registrado en su historia clínica. En la consulta siguiente evalúa los resultados de los análisis realizados, confirma o no la hipertrofia y aconseja la intervención quirúrgica explicándole la misma, dejando constancia en su historia clínica. En caso de que los padres estén de acuerdo, firman el consentimiento proporcionado por el médico en la consulta anterior. Seguidamente el otorrino indica los estudios necesarios previos a la operación, para ver si está en condiciones de ser intervenido, necesitará un análisis de sangre, deberá consultar con un anestesista y un cardiólogo. El responsable del niño debe comunicar la medicación que éste tome o haya tomado recientemente. En una consulta posterior el especialista evaluará los resultados de los estudios y una vez que se determina que puede ser intervenido se realiza la coordinación quirúrgica.

De dicha coordinación surgirá fecha y hora para la intervención. El día de la misma el paciente debe tomar ciertas medidas: tiene que estar en ayunas seis horas antes de la intervención, se permite un pequeño sorbo de agua para ingerir alguno de los medicamentos prescritos, se requiere higiene personal, no debe llevar joyas o elementos metálicos. La operación se debe suspender si se

presenta fiebre, tos, un resfriado, una amigdalitis u otra enfermedad, hasta que se recupere. Muchos niños suelen tener mucosidad y tos en forma habitual. La operación se suspenderá si estos síntomas son diferentes o más intensos de lo normal.

En el proceso anteriormente descrito, se identifican dentro de sus componentes, a los recursos humanos que participan, entre los que se incluyen las enfermeras, nurses, anestesista, cardiólogo, el médico pediatra, otorrinolaringólogo. Entre las unidades de soporte se mencionan: Imagenología (Radiología), Laboratorio Clínico (análisis de sangre, orina), Registros Médicos (historia clínica, admisión y egresos, sistema de reserva de turnos, estadísticas), Farmacia (dispensación de medicamentos), Unidad de coordinación.

El límite de entrada al proceso, es la sospecha de hipertrofia adenoidea, y el límite de salida, es la coordinación de la intervención. El responsable es el otorrinolaringólogo y el destinatario es el paciente. El proceso clave, es el Diagnóstico y Preparación para la Operación de Vegetaciones.

VI. TRABAJO DE CAMPO

La metodología utilizada para realizar el trabajo de campo se basó en información disponible en: páginas web, extractos de prensa y el uso de cuestionarios preconfeccionados, según el perfil de los entrevistados para recabar información, los cuales se completaron con entrevistas realizadas a pacientes y/o responsables de los mismos, médicos, directores y otras autoridades del MSP. Se eligió el formato de cuestionarios (que se adjuntan en anexos) para poder homogeneizar las respuestas, obteniendo opiniones comparables en cada caso y contrastarlas con los procesos descritos anteriormente.

La etapa siguiente fue la concreción de las entrevistas, en primer lugar se entrevistó a pacientes y/o responsables de los mismos y a médicos, involucrados en los procesos objeto de estudio. Como ya se mencionó en la introducción, las mismas no constituyen una muestra representativa sino una población que aporta datos a título informativo. Seguidamente nos contactamos con los directivos de las Instituciones y del MSP, tras múltiples inconvenientes debido a la dificultad de acceder a ellos.

Al realizar el análisis de las entrevistas surgieron algunas inquietudes que generaron la necesidad de repreguntar a los actores involucrados a fin de satisfacerlas. Pero si bien esta instancia pudimos cumplirla con los pacientes no sucedió lo mismo con algunos de los facultativos y directivos debido a lo mencionado en el párrafo anterior.

La cantidad de entrevistados a los que se accedió fueron: diez pacientes o responsables de los mismos de cada uno de los procesos, cinco médicos de cada especialidad analizada, dos directivos de la MUCAM, dos de la Asociación Española y uno del CASMU. En la División Economía de la Salud del MSP a las Dras. Elizabeth Raffaele y Basaldua. Al Dr. Silva del Programa Nacional de Detección Precoz de Diabetes y de los Estados Hiperglicémicos y al Economista Daniel Olesker.

VI.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DEL PROCESO DE CONTROL PRENATAL

VI.1.1. Visión de los pacientes

De las entrevistas realizadas a algunas **embarazadas** que se atienden en las Instituciones objeto de estudio, se obtienen los siguientes resultados.

Durante el proceso de Control Prenatal, la frecuencia de las consultas depende de la etapa gestacional en que se encuentran, tal como lo establece el protocolo, aumentando a medida que pasa el tiempo. El médico determina dicha frecuencia, pero puede verse alterada en caso de que la embarazada lo considere necesario y puede acudir en otro momento. En general hasta los siete meses concurren una vez al mes, en el octavo mes cada quince días y en el último semanalmente.

Al finalizar la consulta solicitan hora para la próxima, en caso de no hacerlo así, lo pueden realizar telefónicamente. El tiempo destinado por el médico tratante a la cita, es considerado por la mayoría como suficiente, el necesario para evacuar todas sus dudas, el mismo se estima entre quince y veinte minutos.

Consultadas sobre si solicitan hora con el médico tratante o con otro, las pacientes coinciden en que el seguimiento se lo hace su ginecólogo. En algún caso, al ser atendidas por suplentes, las mismas manifiestan haberse sentido conformes con la atención recibida.

Durante el Control Prenatal, según el caso, las embarazadas concurren con otros especialistas, por indicación del obstetra, los más frecuentes son nutricionista y dentista, confirmando que se cumple también con este aspecto del protocolo. Las mujeres perciben que los informes realizados por éstos son tomados en cuenta por el ginecólogo al momento de indicarle el tratamiento a seguir, el cual dependerá de las características particulares de cada una (habitualmente se recomienda hierro y ácido fólico), ya que lee la historia y las recomendaciones que le indica lo demuestran.

La mayoría manifiesta recibir información referente a cambios en la forma de vida, brindada mediante material escrito o personalmente por el médico o nutricionista.

Todas coinciden en que el médico siempre cuenta con la historia clínica al momento de la consulta y la actualiza.

En cuanto a los exámenes indicados, se realizan periódicamente los de rutina (sangre, orina) y tres ecografías, lo cual coincide con el proceso descrito en el capítulo anterior. En relación al tiempo de espera para solicitar hora para esos estudios, existen diferencias importantes según el examen a realizarse y la Institución de que se trate, en el caso de sangre y orina se realizan en el momento y en las ecografías demoran un promedio de diez días. La forma de solicitarlos puede ser por teléfono o en la propia Entidad. Los resultados de los análisis de rutina en promedio tardan siete días y las ecografías se entregan en el momento a la paciente. Dichos estudios se llevan a cabo en general en la propia Institución, pero de ser sugerido por el médico o por decisión propia puede concurrir a otro centro a efectuarlo y en tal caso el gasto corre por su cuenta.

El monitoreo de la situación de la paciente no está asumido por la Entidad ni por el médico tratante, las entrevistadas expresan no recibir ninguna comunicación del personal de la Mutualista cuando no asisten a la consulta o no retiran los resultados de los estudios, salvo que estos estén muy alejados de los parámetros normales. No se les recuerda la cita, ni se les sugiere la realización de los exámenes periódicos de rutina, cuando no se los ha hecho dentro del tiempo recomendado.

La mayoría de las usuarias percibe que el cambio en las Instituciones, luego de la implementación del SNIS, apuntó a captar mayor cantidad de afiliados pero no reflejan en sus dichos que esto haya afectado en forma negativa su atención en particular. Por el contrario sienten que sus propios hijos tendrán mejor cobertura asistencial, además de considerar como otros beneficios del nuevo sistema, la obtención de tickets más baratos y órdenes gratis o bonificadas.

VI.1.2. Visión de los especialistas

La siguiente información se extrajo de las entrevistas realizadas a algunos **ginecólogos** que atienden en las Instituciones objeto de estudio.

Según ellos la frecuencia de las consultas coincide con lo dicho anteriormente en el proceso, hasta la semana 32 deben concurrir mensualmente, entre las semanas 32 y 36 quincenalmente y de la 36 en adelante semanalmente.

Las embarazadas respetan la frecuencia que les marcan, pero ellos no saben con cuánta anticipación deben solicitar hora para su consulta.

Todos sostienen que cuentan con la historia clínica y el carné prenatal al momento de la consulta y los actualizan. Cuando se atiende en consultorios particulares o policlínicas descentralizadas, los datos se registran en la historia que permanece en ese lugar ya que la misma no está centralizada.

Señalan, al igual que la Guía, que realizan actividad educativa con la paciente y en algunos casos con su pareja. Le recomiendan seguir una dieta especial y balanceada, la estimulan acerca de la lactancia materna. Se fomenta el abandono del tabaquismo. Le informan los signos y síntomas que deben ser motivo de consulta inmediata. Le aconsejan ejercicios físicos de acuerdo al entrenamiento previo de cada paciente. Entre la semana 30 y 32 comienza el curso de preparación para el parto. En algunos casos para realizar esta preparación se cuenta con un equipo multidisciplinario que está conformado por: partera, enfermera, nutricionista, médico general o de familia, ginecólogo. En otros, dicha educación es brindada por el médico tratante apoyado por la nutricionista.

En lo referente a la dieta que aconsejan, ésta consiste en: consumir frutas, verduras, leche, suplementos vitamínicos y minerales (hierro y ácido fólico) y controlar el azúcar para evitar el aumento de peso.

Los estudios que indican concuerdan con el proceso descrito en el capítulo anterior. En la primera consulta solicitan: examen de orina y una rutina completa (hemograma, glicemia, VDRL, HIV), toxoplasmosis, ecografía, Rh, urocultivo.

En la semana 28 se realiza la Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO) y se repiten los mismos estudios de la primera consulta, excepto la

ecografía que se realiza en la semana 20 y si es Rh negativo se le hacen controles periódicos. A las 36 semanas se repite: toxoplasma, urucultivo, orina, hemograma, VDRL y ecografía y se pide hepatitis B.

Las respuestas obtenidas de los médicos en cuanto al tiempo que transcurre entre la solicitud del estudio y el resultado del mismo fueron muy disímiles porque depende del examen y de la Institución. Dichos análisis se realizan en general en la propia Entidad, salvo que el médico sugiera otro lugar.

En algunos casos, la coordinación con otros especialistas, la realiza el médico tratante telefónicamente en la consulta frente a la paciente. En la mayoría, después de entregarle el pase, la usuaria solicita hora por su cuenta.

En general no se realiza ningún seguimiento de la embarazada por parte de la Institución, sin embargo algunos médicos manifiestan que en el caso de que su paciente no concurriera a la consulta la llamarían.

Al ser interrogados respecto al tiempo dedicado a las consultas, algunos consideran que cuando se hacen en los consultorios particulares, carecen de límite de tiempo. Otros expresan que cuando se realiza la consulta en la Mutualista, tienen el horario preestablecido.

Los entrevistados coinciden en que existen guías para la atención de la mujer embarazada, como son las elaboradas por: el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), el CASMU, la Facultad de Medicina, Instituciones internacionales y el MSP, esta última fue la utilizada para describir el proceso de Control Prenatal.

Los especialistas no manifestaron ninguna opinión al ser consultados sobre el impacto de la puesta en marcha del nuevo sistema de salud, en la Institución o en su profesión, dado que el escaso tiempo transcurrido desde su implementación, no hace posible una evaluación.

VI.2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DEL PROCESO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO

VI.2.1. Visión de los pacientes

De las entrevistas realizadas a algunos **diabéticos**, usuarios de las Instituciones objeto de estudio, se pueden inferir las siguientes conclusiones.

No se puede establecer una frecuencia promedio de visita al especialista, éste es quien la determinará dependiendo de la particularidad de cada caso. La hora para consulta se solicita vía telefónica y la anticipación requerida para tal solicitud varía desde tres días hasta un mes, según el médico.

Estas variaciones repercuten en los pacientes en cuanto a que se carga sobre estos la obligación de tener que preocuparse por llamar con la suficiente antelación como para poder acceder a la próxima consulta dentro de los tiempos recomendados por el tratante. Manifiestan no pedir hora para el primer especialista disponible sino para el que concurren habitualmente. En algunos casos al haber sido atendidos por médicos suplentes, los entrevistados declaran que se sintieron satisfechos con la atención recibida.

Los usuarios coinciden en que el médico siempre cuenta con la historia clínica al momento de la cita y la actualiza.

Confirmando lo que establecen las Guías ALAD, todos manifiestan que consultan con otros especialistas (nutricionista, oftalmólogo, podólogo, etc.) por derivación del diabetólogo. El especialista y la frecuencia con que concurren varían en función de las características de la enfermedad. La opinión de estos, es tenida en cuenta al momento de indicarle el tratamiento a seguir, lo que es percibido por el paciente por comentarios del médico respecto a los datos registrados en la historia clínica. En general, éste consiste en dieta, ejercicio y medicación.

El tiempo que destina el médico tratante a la cita, es considerado por todos como suficiente, aproximadamente veinte minutos y allí le brinda información sobre la enfermedad o le entrega material explicativo impreso.

Los estudios solicitados periódicamente, en general son de sangre y orina, se indican otros de acuerdo a cada patología, todos se realizan en la propia Mutualista. La solicitud de los mismos, en promedio se hace con siete días de anticipación, mientras que los resultados se entregan aproximadamente en cuatro días.

Ni la Institución ni el médico monitorean la situación del paciente ya que los entrevistados no reciben ninguna comunicación del personal de la Mutualista cuando no concurren a la consulta o no retiran los resultados de sus estudios, salvo que estos disten mucho de los parámetros normales. No se les recuerda la cita, ni se les sugiere la realización de los exámenes periódicos de rutina, cuando no se los ha hecho oportunamente.

La mayoría de los usuarios opina que los cambios en las Instituciones luego de la implementación del SNIS, han provocado un aumento en la población de afiliados, lo que es percibido por ellos como negativo debido a que les ocasiona una demora mayor a la hora de acceder a la atención con el especialista.

VI.2.2. Visión de los especialistas

La información que se plasma a continuación se obtuvo de las entrevistas realizadas a algunos **diabetólogos** que atienden en las Instituciones objeto de estudio.

No se puede establecer la frecuencia con la que debe concurrir el paciente ya que dependerá de la situación específica y de qué tan controlado se encuentre. Los diabetólogos consultados manifiestan que sus citas se programan con dos o tres meses de anticipación. Afirman que sus pacientes llegan a ellos por derivación de otros médicos o por propia iniciativa.

Es una enfermedad tratada en forma coordinada por un equipo multidisciplinario formado por: diabetólogo, nutricionista, podólogo, técnico en salud mental. En general señalan que siguen las recomendaciones establecidas en las Guías ALAD.

Coinciden, entre ellos y con las Guías, en que existe una educación por parte del médico y su equipo, donde se le informa al paciente en qué consiste la

enfermedad y los cuidados que debe seguir, ya que su colaboración es fundamental en esta patología. En algunos casos, esto es complementado con material impreso que se le entrega al diabético. Le recomiendan dieta, con restricción de hidratos de carbono, distribuida en cuatro comidas y dos colaciones y cambio de hábitos (ejercicio, dejar de fumar).

Los estudios de control que le indican son: hemoglobina glucosilada, dos veces al año; glicemia, una o dos veces por semana y si está descontrolado, dos veces por día. Para detectar complicaciones se hace anualmente: fondo de ojo, orina, electrocardiograma, colesterol. Los mismos se realizan dentro de la propia Entidad. No se puede establecer el tiempo que transcurre entre el momento en que se solicitan los exámenes y los resultados de los mismos.

El tratamiento lo determina el médico en función de la situación del diabético, puede consistir en recomendaciones de hábitos saludables, tratamiento farmacológico o ambos.

Los entrevistados consideran que no existe en la Institución ningún mecanismo de control cuando el paciente no concurre a la consulta programada o no se realiza los exámenes indicados por el médico. Sin embargo algunos manifiestan que cuando el diabético fue dado de alta luego de una internación se le efectúa un seguimiento telefónico.

Afirman que cuentan con la historia clínica en el caso de las citas programadas, pero cuando asisten sin número o lo retiran al momento de la consulta, no siempre la historia llega a tiempo. En los casos en que se atiende en consultorios particulares o policlínicas descentralizadas, la historia contiene solo los datos del lugar, si se quiere el resto de la misma, debe pedirse con anticipación a la otra sede.

En cuanto al tiempo del que disponen para las consultas, está establecido por laudo y opinan que no siempre es suficiente porque algunos pacientes demandan más que otros.

Con la entrada en vigencia del SNIS, el MSP les encargó a las Instituciones que elaboren guías de atención para el diabético.

Algunas Entidades cuentan con unidades específicas para el tratamiento de esta enfermedad.

VI.3. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y PREPARACIÓN PARA LA OPERACIÓN DE VEGETACIONES

VI.3.1. Visión de los pacientes

A partir de las entrevistas realizadas a los **responsables de algunos pacientes** que se atienden en las Instituciones objeto de estudio, surgen estas afirmaciones.

Los entrevistados coinciden en que la solicitud de consulta con el pediatra y con el otorrinolaringólogo se realiza telefónicamente y la Entidad tarda aproximadamente una semana en agendar dicha cita. La visita al segundo especialista se produce por medio de la derivación del primero, lo que corrobora lo establecido en el proceso descrito en capítulos anteriores. La mayoría considera suficiente el tiempo destinado por los profesionales a la atención del niño en la consulta, entre quince y veinte minutos.

Los padres de los pacientes, señalan que el médico siempre cuenta con la historia clínica al momento de la cita y la actualiza.

En la primera consulta con el pediatra, ante la sospecha de la existencia de vegetaciones, se solicita una radiografía de Cavum, esto coincide con el proceso descrito en el capítulo de Procesos Claves Objeto de Estudio. Dicho examen se solicita personal o telefónicamente y se realiza en la propia Institución en todos los casos.

El otorrinolaringólogo, en la primera consulta, le realiza al niño una revisión general, en el caso de que el pediatra no le haya indicado la placa de Cavum éste lo hace, confirmando lo expuesto en el proceso previamente mencionado.

Todos los entrevistados concuerdan en que el especialista tiene en cuenta los informes del pediatra y lo perciben porque revisa la historia clínica.

Manifiestan no recibir ninguna comunicación del personal de la Mutualista cuando no asisten a la consulta o no retiran los resultados de sus estudios. No se les recuerda la cita, salvo a algunos a quienes se les informó que serían atendidos por un médico suplente.

Al momento de considerar la posibilidad de la intervención quirúrgica, se verifica nuevamente la guía utilizada, ya que el médico lo deriva con el anestesista y el cardiólogo, con la finalidad de saber si se puede proceder a la operación.

En caso de que se confirme que se realizará la intervención, en general los padres manifiestan, al igual que en el proceso definido en el capítulo anterior, que el médico y el anestesista les informan sobre la alimentación, medicamentos, cuidados físicos y psicológicos que deberán seguir en momentos previos a la operación.

La coordinación de la cirugía, se realiza en algunas Instituciones mediante la unidad de coordinación que se encarga de llamar al paciente y en otras el médico es quien le informa. El tiempo transcurrido desde que se le indica la operación hasta la intervención propiamente dicha varía desde veinte días hasta dos meses.

Todos los entrevistados opinan que los cambios en las Mutualistas luego de la implementación del SNIS han provocado un aumento en la población de afiliados, lo que genera demoras en el momento de la atención y, para varios, una disminución en la calidad asistencial. Algunos mencionan que dicho crecimiento no se vio acompañado de modificaciones en la infraestructura ni en el personal para atender la mayor demanda. En cuanto a los beneficios, todos señalan una reducción en los precios de los tickets y una parte manifiesta la gratuidad de órdenes para la atención pediátrica.

VI.3.2. Visión de los especialistas

Se recabaron los datos que se detallan a continuación en las entrevistas realizadas a algunos **pediatras** que atienden en las Mutualistas objeto de estudio.

Las respuestas de los entrevistados difieren significativamente cuando se les pregunta cuánto demora la Institución en darle hora al paciente para su consulta. Esto dependerá de la Institución y del médico.

En la primera cita interrogan sobre síntomas como: roncar, babeo la almohada, infecciones respiratorias a repetición. Realizan exploración física e indican una radiografía de Cavum.

Ante la interrogante sobre el tiempo del que disponen para atender al paciente en la consulta, la mayoría lo considera suficiente (entre diez y veinte minutos), aunque algunos destacan que en la primera visita deben dedicarle más tiempo, aproximadamente media hora.

Todos sostienen que cuentan con la historia clínica al momento de la cita y la actualizan.

Confirmada la sospecha de hipertrofia adenoidea todos indican al paciente que consulte con un otorrinolaringólogo, lo cual concuerda con el proceso descrito en el capítulo anterior. La solicitud de la consulta con el otorrino la realizan los padres personalmente o telefónicamente.

Las respuestas obtenidas en cuanto al tiempo que transcurre entre la solicitud del estudio y el resultado del mismo fueron muy disímiles porque depende del examen y de la Institución. Todos concuerdan en que dichos estudios se realizan en la propia Entidad.

En general no se efectúa ningún seguimiento del paciente por parte de la Institución cuando estos no asisten a la visita programada o no se realizan los exámenes indicados. Algunos médicos expresaron que cada paciente es responsable de concurrir al especialista y realizarse los estudios indicados.

En relación al tiempo transcurrido entre la solicitud de la primera consulta con el pediatra y la intervención quirúrgica las respuestas de los profesionales varían según la gravedad de cada caso. La decisión final respecto a la operación la toma el otorrino.

Los entrevistados coinciden en que no existen protocolos para la atención de pacientes con hipertrofia adenoidea, sin embargo, sostienen que existen Protocolos Anestésicos y Quirúrgicos que se siguen.

Respecto al impacto del SNIS en la Institución donde trabajan, las opiniones emitidas no fueron unánimes. Algunos señalaron que se amplió la infraestructura y se contrató nuevo personal, varios no notaron cambios hasta el momento y otros destacaron un incremento de usuarios que no fue acompañado por un aumento proporcional de los recursos necesarios para atenderlos. Ciertos pediatras expresaron, que la puesta en marcha del SNIS, amplió su fuente laboral, ya que antes les resultaba difícil acceder a las Mutualistas.

Se exponen a continuación los datos suministrados por algunos **otorrinolaringólogos** de las Entidades involucradas en el presente trabajo.

Coinciden en que el paciente llega a ellos por derivación del pediatra, lo que concuerda con el proceso descrito en el capítulo anterior. Existen casos en que el enfermo concurre por propia iniciativa, ya que no es necesario un pase de otro médico para consultarlo.

Manifiestan que disponen de la historia clínica al momento de la cita, cuando ésta es coordinada, actualizándola, especificando el tratamiento y la evolución del niño.

Algunos consideran insuficiente el tiempo del que disponen para atender a cada paciente en la consulta.

Expresan que para asistir a un otorrino específico, el enfermo debe esperar cerca de un mes. Sin embargo, para atenderse con cualquier otorrino, cuenta con la posibilidad de concurrir a las policlínicas, donde será atendido en una semana como máximo.

Los entrevistados coinciden en que le solicitan una radiografía de Cavum, en el caso de que no cuente con la misma previamente solicitada por el pediatra (lo que corrobora el proceso mencionado en el capítulo anterior). De ser necesario se complementa con otros análisis. El resultado de los estudios demora aproximadamente quince días y se realizan en general dentro de la propia Institución.

Responden que no se realiza ningún seguimiento del paciente por parte de la Mutualista cuando no asiste a la consulta programada o no se realiza los exámenes indicados por el médico.

Los especialistas afirman que brindan personalmente toda la información al responsable del niño respecto a la operación, explicándole en qué consiste, cuáles son sus riesgos y qué son las vegetaciones. Informan que es una intervención para mejorar la calidad de vida, indican ayuno previo a ésta, indagan sobre la medicación que utiliza y advierten respecto a la misma. Entregan un consentimiento informado a los padres, que es requisito para poder realizar dicha cirugía.

El tiempo que puede transcurrir entre la indicación de la operación y la intervención propiamente dicha varía desde uno hasta tres meses, dependiendo de la urgencia del caso y de la disponibilidad de Block Quirúrgico. La determinación de quién se opera primero es aleatoria, si un paciente es urgente el médico deja constancia en la historia pero igual depende de la coordinación, es decir el médico no es quien decide.

Coinciden en que no existen protocolos para la atención de pacientes con hipertrofia adenoidea, pero sí lineamientos generales.

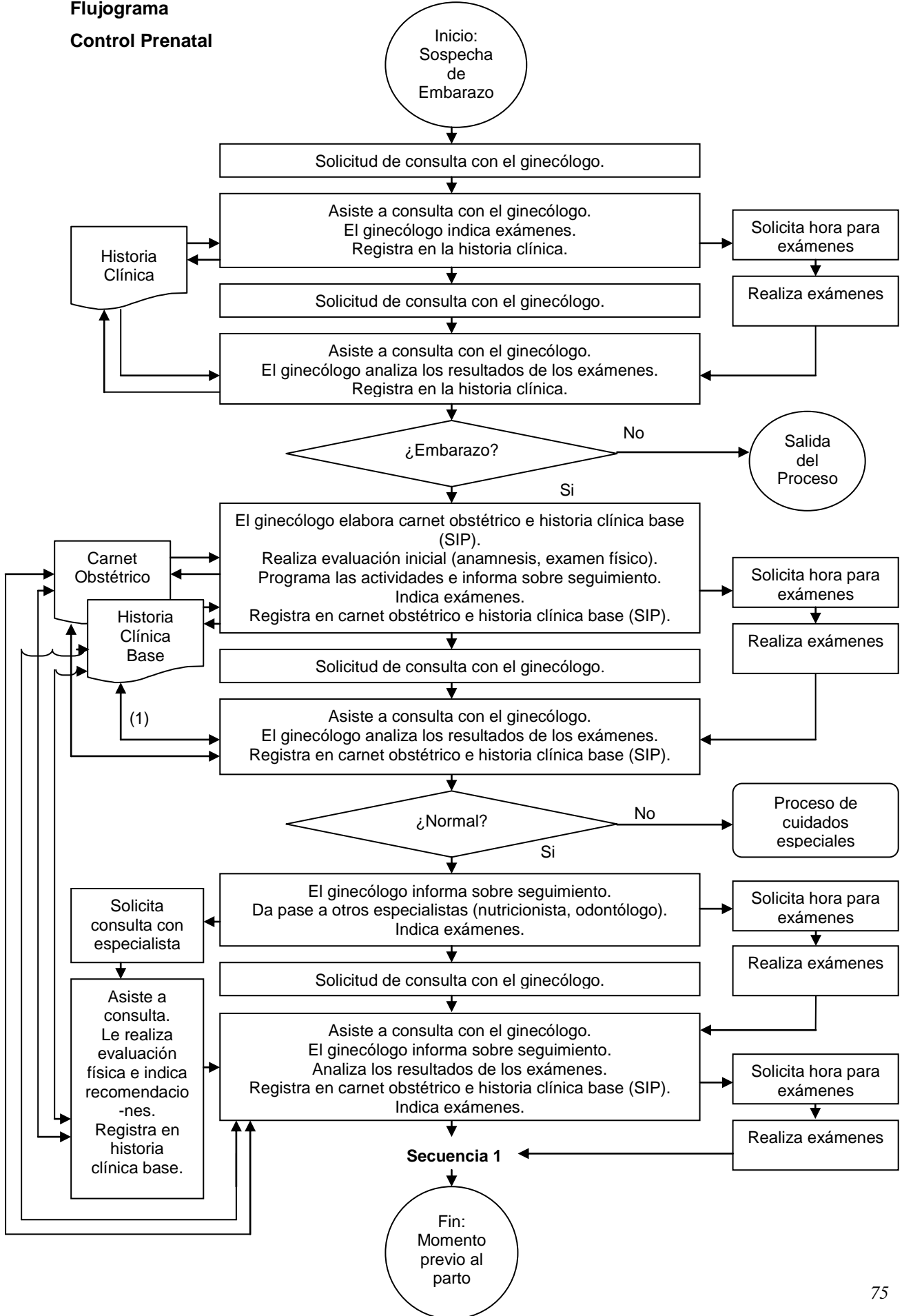
El impacto del SNIS sobre la Institución, según algunos entrevistados, fue el aumento de la población infantil, lo que podría llegar a comprometer la calidad asistencial.

VI.4. FLUJOGRAMAS

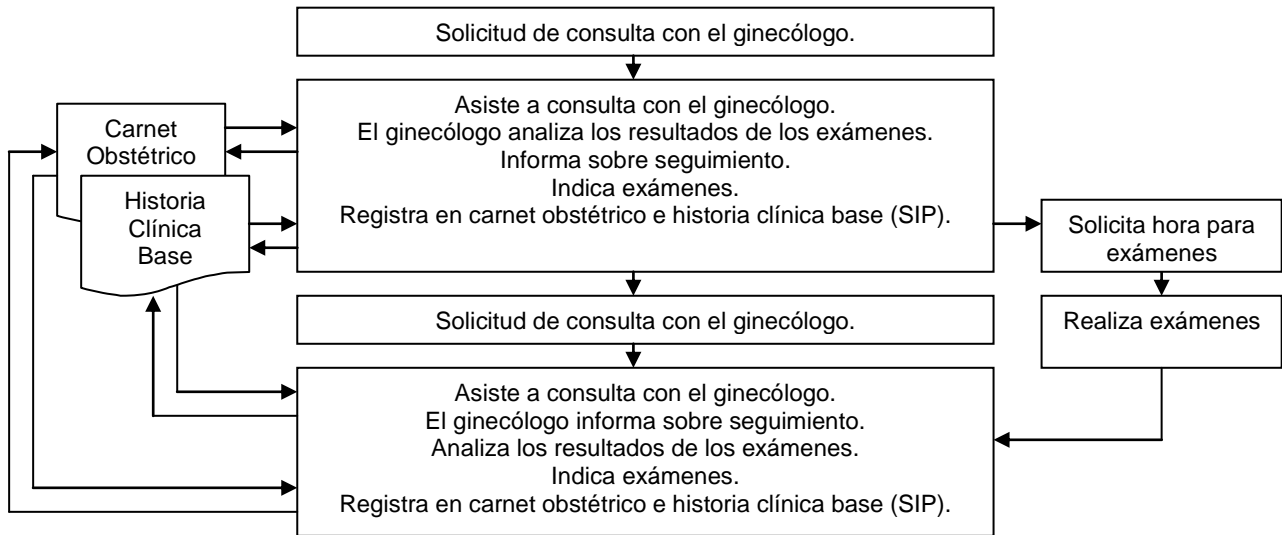
En la confección de los siguientes flujogramas se utilizaron los procesos descritos en el capítulo de Procesos Claves y los datos recabados en las entrevistas realizadas a pacientes y especialistas.

Flujograma

Control Prenatal



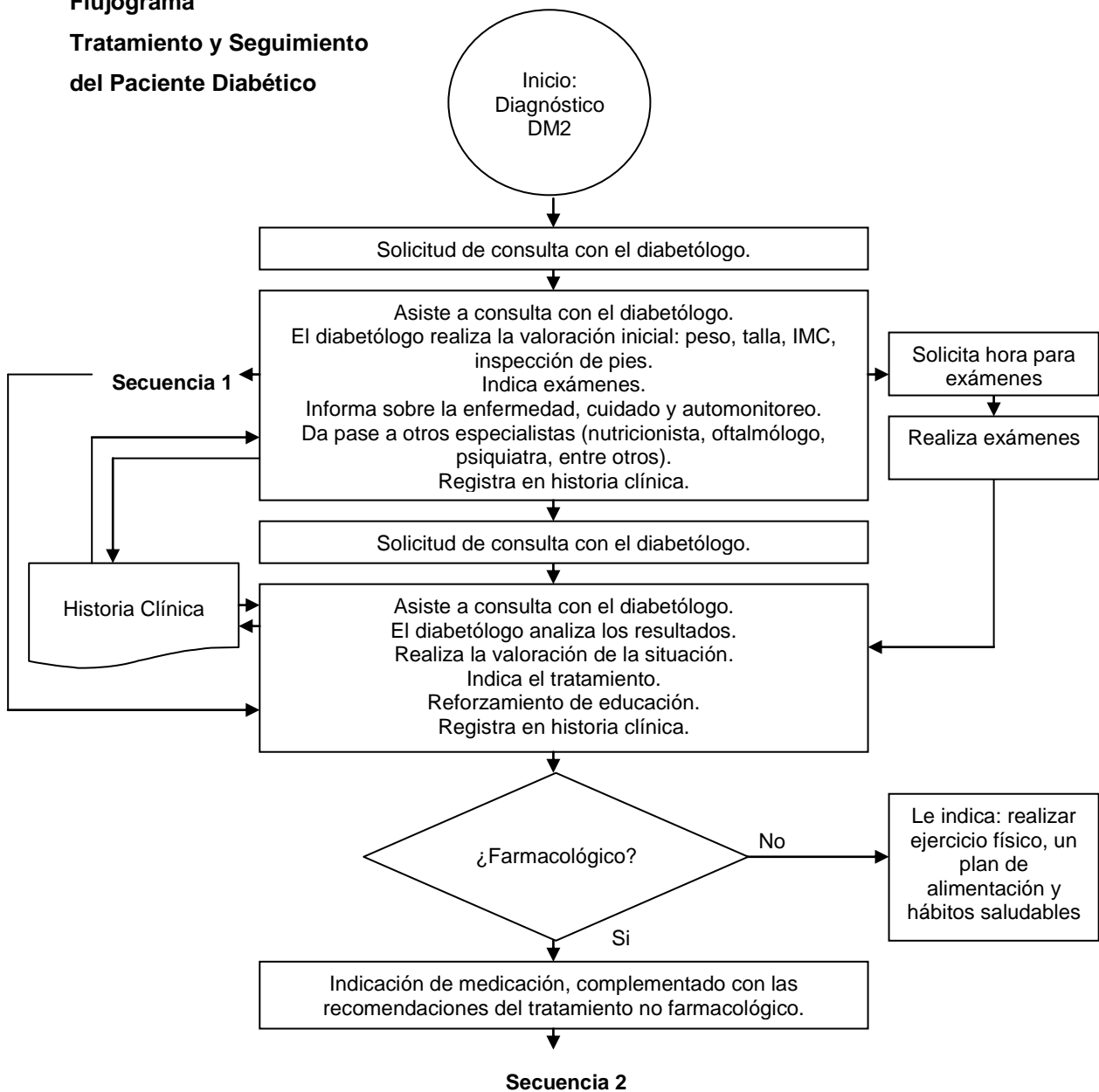
Secuencia 1: Se repite mensualmente hasta la semana 32, quincenalmente hasta la 36 y semanalmente hasta el parto.



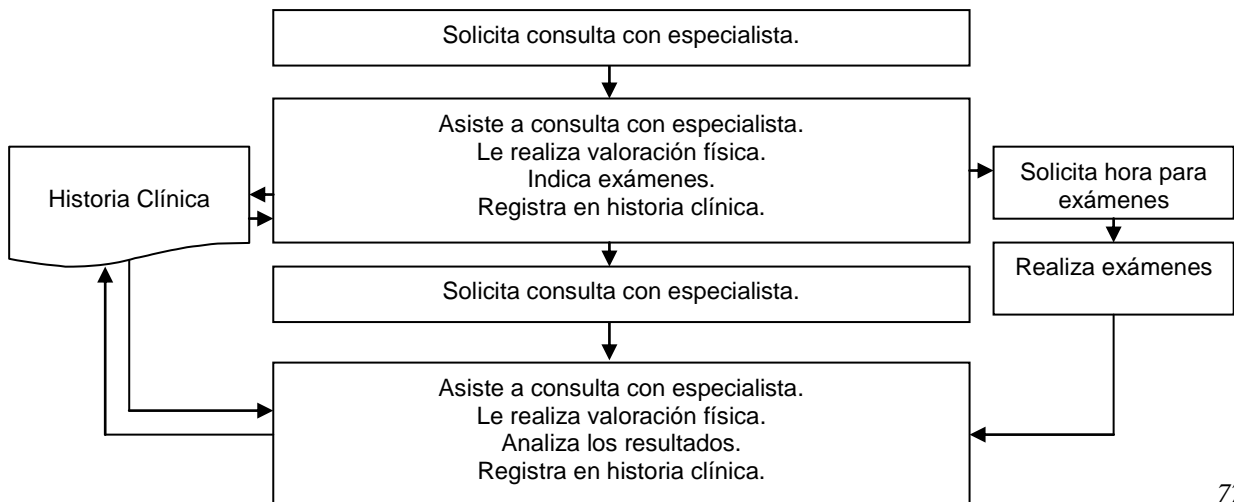
(1) \longleftrightarrow Representa el flujo de entrada y salida de la información, se dibujó de esta forma por un problema de diseño.

Flujograma

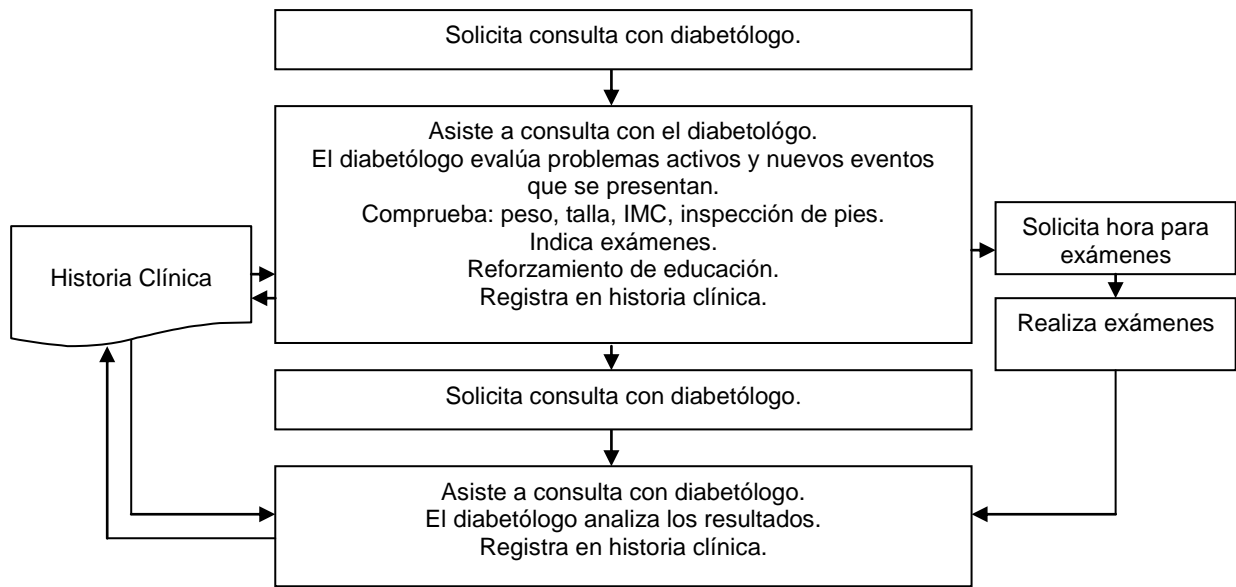
Tratamiento y Seguimiento del Paciente Diabético



Secuencia 1: Consulta realizada con los especialistas que indica el diabetólogo.

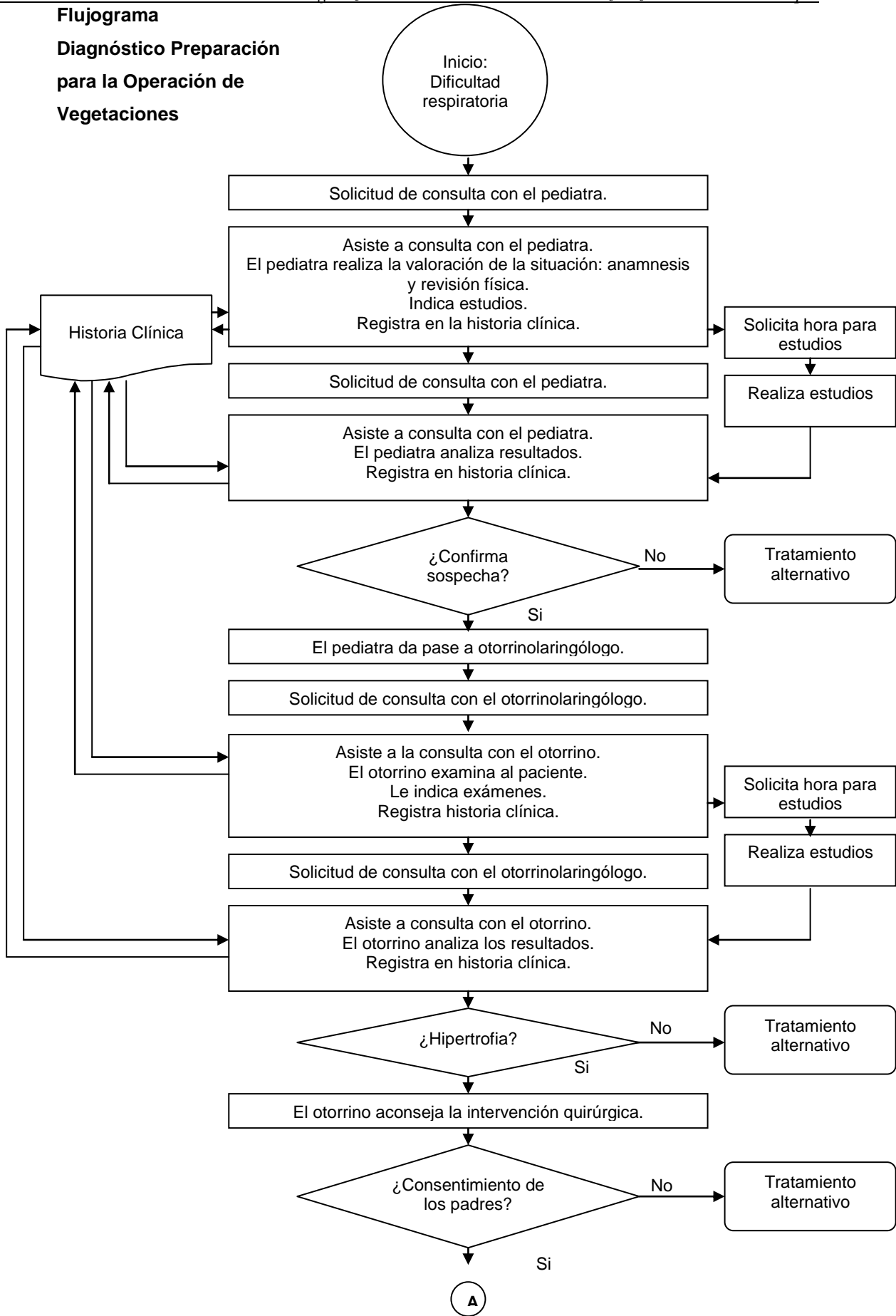


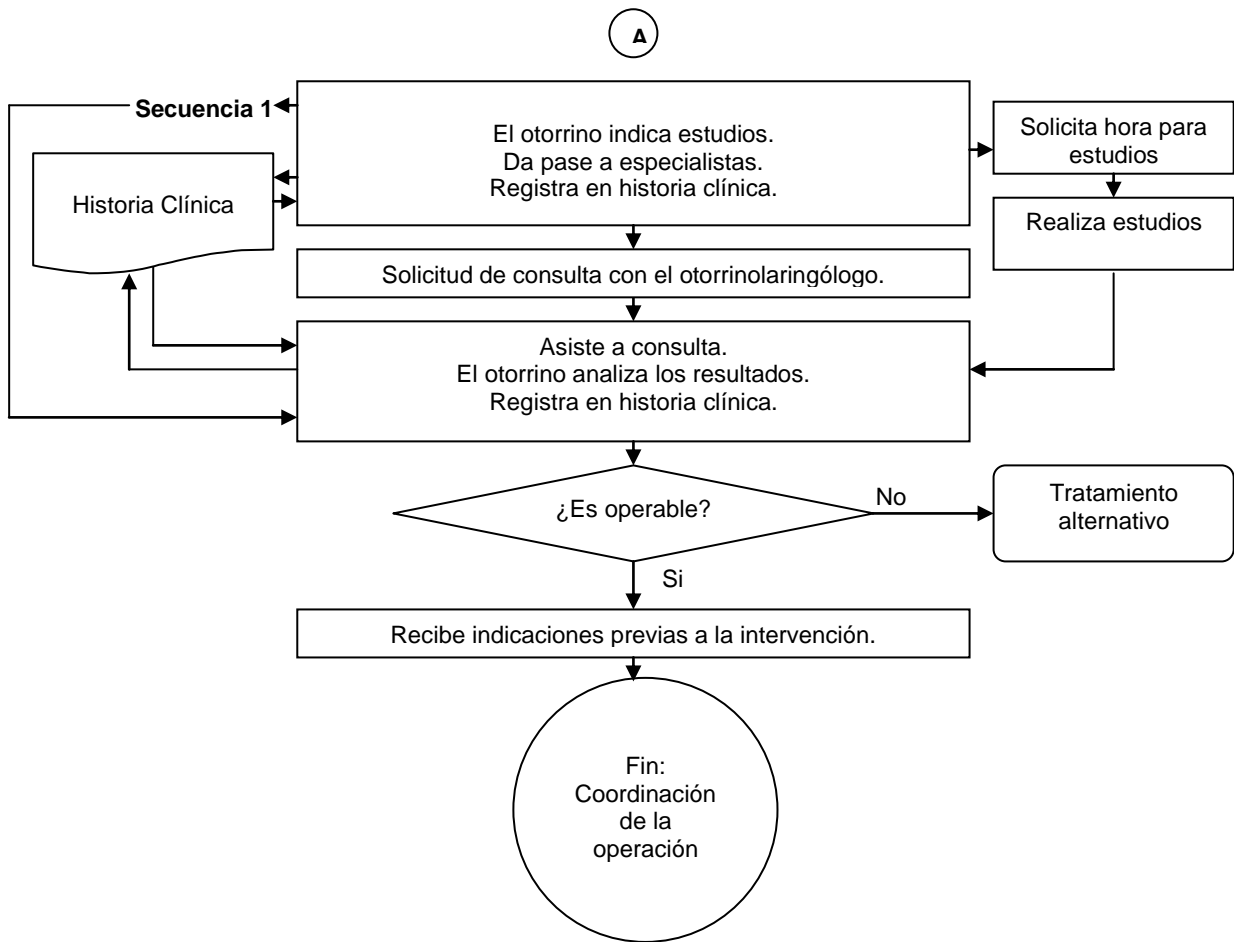
Secuencia 2: Monitoreo periódico, consultas realizadas al diabetólogo cada 3 o 4 meses y anualmente.



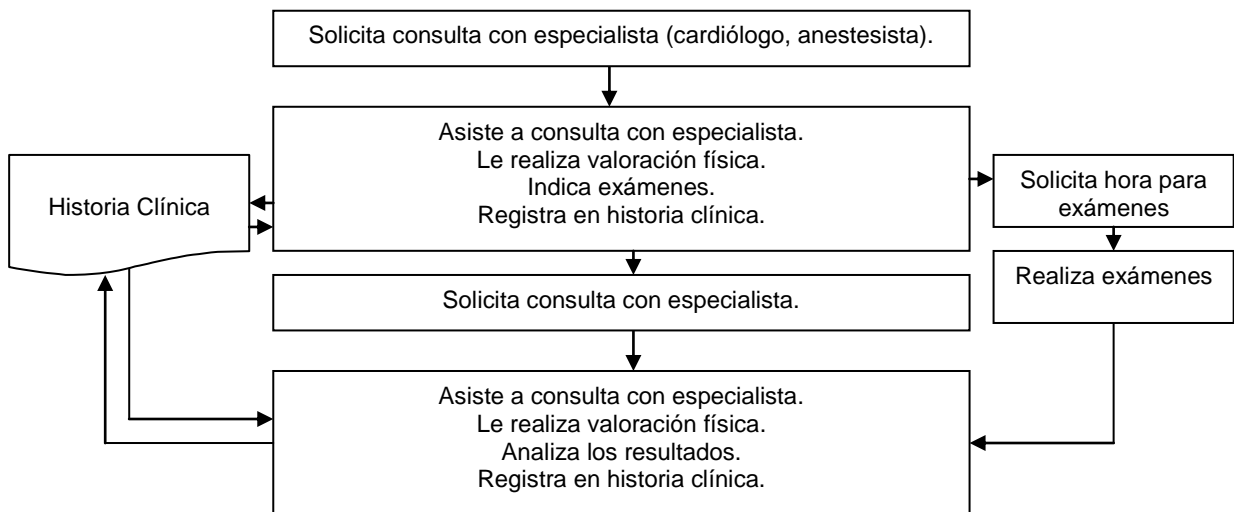
Flujograma

**Diagnóstico Preparación
para la Operación de
Vegetaciones**





Secuencia 1: Consulta realizada con los especialistas que indica el otorrinolaringólogo.



VI.5. INFORMACIÓN RECABADA DE ENTREVISTAS REALIZADAS A DIRECTIVOS DE LAS IAMCs Y AUTORIDADES DEL MSP

VI.5.1. Visión de los directivos de las Instituciones

A continuación se relata el resultado de las entrevistas realizadas a **Directivos de Médica Uruguaya.**

Su organización está descentralizada en filiales o policlínicas y centralizada la hospitalización y emergencia. Cuenta con 60 filiales en lugares periféricos del interior y con 14 en Montevideo y zona metropolitana.

En las policlínicas se cubre el primer nivel. A través de ellas se evita que todos los usuarios concurren a la Sede Central y se provoque un congestionamiento en la misma. Cada unidad periférica posee: Farmacia, Laboratorio, Registros Médicos, Enfermería, Urgencia y especialistas.

En el organigrama se observa un Consejo Directivo, compuesto por cinco miembros que son electos cada dos años, una Dirección Técnica y una Gerencia Administrativo-Financiera. Existe un órgano de apoyo a estas dos últimas, que es el Departamento Médico Administrativo (DMA), compuesto por integrantes de distintos departamentos, organizado en comisiones que se encargan de coordinar la compra de medicamentos, insumos y otros.

En relación a los procesos desarrollados en este trabajo los directivos expresaron que:

- a) en el Control Prenatal, siguen los lineamientos establecidos en las Normas de Atención a la Mujer Embarazada del MSP, como manifestaron los especialistas entrevistados. La Institución informa a la autoridad sanitaria los datos exigidos por ella para elaborar los indicadores y construye sus propios índices de embarazo.
- b) Cuentan con una policlínica de Pie Diabético que está formada por un equipo multidisciplinario de especialistas en diabetes (diabetólogo, endocrinólogo, cirujano vascular, podólogo, traumatólogo, nutricionista), encargado del tratamiento del paciente y existen además diabetólogos

que atienden en las policlínicas. Han desarrollado un Programa de Atención al Diabético de acuerdo a lo solicitado por el MSP.

- c) La coordinación de la intervención de vegetaciones se realiza en conjunto por un funcionario de la unidad de coordinación, enfermería y el otorrino. Existen listas de espera, ordenadas en función de la priorización realizada por el médico tratante y de las otras intervenciones que deban hacerse.

En general se realizan todos los estudios indicados, dentro de la Institución, algunos de muy alta especialización se hacen en laboratorios particulares, porque la baja demanda de estos no justifica contar con los equipos necesarios para efectuarlos. También trabajan con consultantes cuando la complejidad del caso lo amerita.

Puede suceder que el médico no siempre cuente con la historia clínica durante la cita, cuando el usuario acude sin número o lo retira en el momento de la misma.

En cuanto al número de pacientes que se atienden en la consulta, siguen el laudo que establece seis por hora. En el caso de los psiquiatras y otras especialidades, cuatro por hora.

No existe ningún mecanismo de monitoreo preestablecido en términos generales para controlar la asistencia al médico y la realización o no de los exámenes indicados por él, excepto el caso de hipertensos, diabéticos, embarazadas y niños a quienes se los llama cuando dejan de asistir o no se realizan los controles.

Consideran que la puesta en marcha del SNIS los ayudó a armar una estructura más específica y correcta de acuerdo a lo establecido por el MSP en los programas de atención de: Mujer, Niño, Salud Bucal y crónicos (hipertensos y diabéticos).

A partir del FONASA la Institución tuvo un crecimiento importante, de enero a abril pasó de 143.000 a 193.000 afiliados. Estos 50.000 nuevos socios se componen en su mayoría de niños, mujeres y adolescentes. Dicho incremento duplicó las previsiones realizadas por los estudios de mercado.

La Entidad viene creciendo en forma sostenida desde 1994. En los últimos 14 años duplicó el número de socios, fundamentalmente niños y adolescentes, se apuntó a la atención preferencial de este grupo (no se les cobraba determinados tickets o se les daba ciertas bonificaciones).

En respuesta al crecimiento mencionado en los párrafos anteriores, la Institución ha invertido en infraestructura y recursos humanos. Se compró el ex local de Cima España, donde se están haciendo dos pisos más y se está ampliando el CTI. Hubo una reestructura de la planta física, se cambió la sede de Colón a una de mayor tamaño, la de Paso Cerro y la de Solymar se ampliaron. En cuanto al personal, se contrataron más auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio, administrativos, ginecólogos y pediatras.

A consecuencia del Sistema ampliaron el horario de cobertura a 24 horas, logrando esto a través del servicio brindado por Emergencia Uno de 20:00 a 08:00 horas.

Se formó el Consejo Consultivo Asesor integrado por directivos, funcionarios y usuarios. Éste ha permitido, entre otras cosas, solucionar algunas quejas presentadas por los socios ante la Oficina de Atención al Usuario y otorgar cristalinidad a la gestión. Al principio aumentó el número de quejas presentadas, hoy la cantidad registrada es muy baja.

MUCAM contaba con un superávit operativo según los entrevistados, por lo cual no se resintió la calidad asistencial a pesar del aumento de la población afiliada.

Se exponen a continuación los resultados de las entrevistas realizadas a **Directivos de la Asociación Española.**

Los servicios brindados por la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, se encuentran centralizados en la zona de Boulevard Artigas, contando también con policlínicas descentralizadas en Montevideo, Canelones y Maldonado. Las policlínicas poseen solo los servicios que el MSP establece como obligatorios y otras especialidades.

Las actividades se agrupan con un criterio funcional según las especialidades médicas. El organigrama está formado en primer lugar por el

Órgano de Dirección (que es electivo), del cual depende la Gerencia General y de ésta: la Gerencia Financiera, la Gerencia de Administración y Contabilidad, la Gerencia de Recursos Humanos y la Dirección Técnica. Dependen jerárquicamente de esta última todos los servicios.

Cuenta con tres servicios certificados por las normas de calidad ISO 9000, que son: Calidad de Vida, Clínica de la Mujer y Farmacia Interna y está en proceso de certificación la Policlínica del Adolescente.

Los médicos atienden en los consultorios de la Institución (no en consultorios particulares). Los pacientes pueden acceder libremente a los especialistas sin requerir pase de otros médicos, excepto para algunos más específicos. Los servicios de soporte dan apoyo a todas las unidades de la Mutualista. La mayoría de los análisis o estudios se realizan en la misma.

Los entrevistados expresan que la Entidad está enfocada prioritariamente al “cliente”, “lo que el médico solicita se hace” y el principio es: “que el médico esté esperando al paciente en el consultorio y no que el paciente espere al médico”.

En cuanto a los mecanismos de monitoreo en caso de que los pacientes no asistan a consultas o no se realicen los exámenes indicados, manifiestan que estos no se encuentran generalizados, pero que en algunos servicios se llama cuando hay algún resultado alterado. Esto corrobora lo expresado por los pacientes en las entrevistas.

Afirman que actualmente se monitorean los controles que deben realizarse todos los niños nacidos en la Mutualista y se está implementando un mecanismo similar para las mujeres con la Mamografía y el Papanicolaou. Estos controles se instrumentan motivados por el componente meta de la cuota mutua.

Oscar Magurno, Gerente General de la Institución, en la revista del mes de octubre de la Asociación Española, expresó: “Tenemos un proyecto ya aprobado por el consejo directivo que pasa por hacer desde el Centro de Diagnóstico Mamario un seguimiento en lo que son los Exámenes obligatorios de Papanicolau y Mamografía. Con esto pasaremos a ser la primera Institución que realiza este seguimiento en las pacientes mujeres de entre 35 y 59 años.”(Revista de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, 2008: 60).

En dicho centro se cuenta con historias clínicas digitalizadas y se lleva registrado a más de 30.000 pacientes. Esta modalidad se va a implementar desde el comienzo en la unidad de cirugía altamente especializada. La historia clínica digitalizada tiene muchas ventajas porque todos los informes y estudios que surgen de las consultas se incorporan directamente (imágenes, radiografías). Esta información también se la pueden llevar los pacientes en un CD.

Ante las interrogantes sobre los procesos objeto de estudio los Directivos manifestaron que:

- a)** en el caso del Control Prenatal, se sigue la Guía estipulada por el MSP: “Normas de Atención a la Mujer Embarazada” (al igual que lo manifestado por los especialistas entrevistados). La Institución releva los datos exigidos por el MSP: cantidad de consultas realizadas, cantidad de mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo, controles de laboratorio, entre otros. Los resultados de los mismos son confidenciales, sostienen que superan los requeridos por el MSP.
- b)** En el caso del paciente diabético, éste es tratado por una unidad multidisciplinaria formada por diabetólogo, podólogo, nutricionista. A partir de 2006 estos pacientes acceden a determinada medicación en forma gratuita, por lo que se lleva un registro de la cantidad que retira cada uno. En cuanto a la población de diabéticos atendidos en la Institución, no se lleva un registro específico de los mismos y tampoco se monitorea si no asisten a las consultas programadas o no retiran los medicamentos recetados.
- c)** En el caso del paciente que padece hipertrofia adenoidea, la coordinación de la operación se realiza entre el médico (según su agenda) y la unidad de admisión (que regula la disponibilidad de block quirúrgico y camas).

En vinculación con el SNIS, los entrevistados informan que la Mutualista ya contaba con todas las prestaciones exigidas por Salud Pública antes de su entrada en vigencia (horarios de atención, coordinación telefónica, tiempos de espera). Sin embargo debieron coordinar las actividades a los efectos de cumplir

con otros requerimientos como el carné de salud gratuito y sistematizar la recolección de información para poder brindar los datos solicitados por el MSP.

No fue necesario incrementar el personal e infraestructura de la Institución ante la implementación del nuevo sistema, ya que no hubo un incremento significativo de la población afiliada sino más bien una conversión (pasaron de ser socios comunes, por DISSE o convenio, al FONASA).

Según Magurno: “El área de Pediatría es por donde ingresaron más nuevos socios a través del FONASA. Nosotros nos preparamos de antemano ampliando el cuerpo médico y técnico.” (Revista de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, 2008: 57).

Los pediatras y ginecólogos pasaron a atender cinco pacientes por hora en lugar de seis manteniéndoseles el pago por seis, a los efectos de que estos cuenten con el tiempo necesario para completar nuevas planillas (para brindar la información requerida por el MSP). La cantidad de pacientes atendidos por hora está establecida en el laudo.

Respecto a las demoras en las consultas, Magurno dice: “Si un socio quiere ver a determinado médico o especialista, a lo mejor tiene que esperar un mes, más o menos el mismo tiempo que tendría que esperar si quiere hacer una consulta particular a un médico. Pero siempre hay número para cualquier especialidad.” (Revista de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, 2008: 56).

Según los Directivos, la Asociación cuenta con la Oficina de atención al Usuario desde hace ocho años y no tiene registro sobre un aumento de las quejas a partir del SNIS. La política de la Institución es tratar de resolver el problema sin llegar a la oficina. Primeramente intenta resolverlo el funcionario involucrado, si no lo logra pasa a la jefatura inmediata y en último caso a la citada oficina. Muchas de las quejas recibidas son en realidad peticiones que no se encuentran dentro de los servicios brindados por la Entidad.

Se presentan a continuación los resultados extraídos de las entrevistas realizadas a **Directivos del CASMU**.

La atención de los usuarios se realiza en forma centralizada para algunas especialidades y descentralizada para otras. Las especialidades básicas como medicina general, pediatría, ginecología, psiquiatría, están descentralizadas en consultorios individuales, colectivos o centros periféricos de atención, así como en sedes secundarias en diferentes puntos del país.

Los Servicios de soporte, están centralizados desde su supervisión pero las unidades principales, cuentan con personal y servicios físicamente localizados en cada una (de Farmacia, Registros Médicos y Enfermería).

En los centros periféricos se realizan exámenes de laboratorio, los estudios más complejos se efectúan en forma centralizada o en clínicas contratadas.

Los directivos señalan que se realiza el control de la asistencia de los niños hasta los dos años mediante el denominado “Plan Aduana” cumpliendo así con uno de los requerimientos del MSP. Se verifica si el niño asiste a los controles preestablecidos y en caso contrario se comunican con los padres o responsables.

El control de los pacientes diabéticos es llevado a cabo por la persona o unidad con quienes estos habitualmente realizan el monitoreo de su enfermedad. Según el caso es el médico de cabecera o la Policlínica de Diabetología. En dicha Policlínica se cuenta con un equipo multidisciplinario formado por nutricionista, podólogo, enfermería, diabetólogo.

El porcentaje de diabéticos que posee el CASMU es similar al existente en el total de la población (aproximadamente 9 %). Este porcentaje no sufrió una variación significativa con la puesta en marcha del SNIS. Existe un control adecuado en cuanto a los medicamentos y las tirillas que retiran los usuarios. El seguimiento y tratamiento están protocolizados, siguen el consenso internacional de diabetes y las pautas indicadas por el MSP al respecto, además de personalizar la atención según los pacientes.

La intervención quirúrgica de las adenoides se resuelve entre el otorrino y el pediatra tratante del niño. El paciente ingresa en una lista de espera, en un sistema informático, para realizarse dicha operación. La lista es revisada por el coordinador de otorrinolaringología y se planifica para todo el mes siguiente. La

espera está dentro de los límites que exige el MSP, como máximo es de tres meses, lejos del límite superior que es de seis meses.

Cuando se requiere la participación de distintos especialistas la coordinación se realiza a través de interconsultas médicas, de forma que sea más cómodo para el usuario, en términos de días y horarios.

Esta Institución fue pionera en aplicar el modelo de atención priorizando el primer nivel y en utilizar protocolos, algunos de ellos fueron adoptados por el MSP. Contaban con un modelo de atención para la embarazada que coincide en su mayor parte con las pautas establecidas actualmente por el MSP en las Normas de Atención a la Mujer Embarazada.

En cuanto al impacto del SNIS respondieron que no fue necesario implementar prácticamente ningún cambio porque ya se brindaba la atención que se exige ahora y que no se registró un incremento importante en el número de afiliados. Existe un registro de edad y sexo de los nuevos afiliados por FONASA, el aumento se produjo sobretodo en afiliados de 0 a 4 años.

La cantidad de quejas presentadas por los usuarios no varió, van cambiando a lo largo del tiempo, dependiendo de cuál es el área crítica en cada momento y según la demanda. Las más frecuentes son las de: Puerta de Urgencia, atención telefónica y atención en los mostradores.

VI.5.2. Visión de las autoridades del MSP

La Ministra de Salud Pública, **Dra. María Julia Muñoz**, informó, el día 28 de mayo de 2008 en el Consejo de Ministros que se llevó a cabo en la ciudad de San Carlos, que el 100% de la población cuenta con cobertura de salud, estando afiliada a: IAMCs, Seguros privados, Servicios de Salud del Estado, Sanidad Militar y Policial.

El Subsecretario del MSP, **Fernández Galeano**, admitió, en el artículo publicado en la página web del MSP el 12 de mayo de 2008, que se produjo una migración, que estaba prevista en el diseño de la reforma, de población del subsector del Estado, ASSE, a las Mutualistas. Esto requiere niveles de control de calidad de la atención en: estructura, materia locativa, internación, equipamiento,

recursos humanos, de parte de cada una de las Entidades. Sostuvo que ese proceso se está consolidando controlado por la JUNASA.

La Ministra manifestó que al comienzo de esta Administración, DISSE cubría 588.000 trabajadores, solo privados y sin atención a sus hijos. En el año 2008, el FONASA cubre 1.300.000 personas, 400.000 son hijos de trabajadores de los cuales 130.000 adquirieron por primera vez cobertura integral.

En relación a los jubilados, entre el año 1996 y el año 2007, entraron 50.000 jubilados al seguro de salud. Entre agosto de 2007 y marzo de 2008 ingresaron 16.000, debido a una política de reducción de tickets y órdenes acordada en el contrato de adhesión que hizo el BPS con los pasivos.

Respecto a los controles que realiza el Ministerio, al inicio del Gobierno Salud Pública contaba con 5 inspectores, en la actualidad tiene 150.

A través de la JUNASA se controlan todos los contratos de gestión con los prestadores, tanto públicos como privados y se verifica su cumplimiento, garantizando la calidad de la atención para los usuarios.

Fernández desmintió un probable desborde o supuesto colapso de la atención en el sector privado. Dijo que hay regulaciones que se están aplicando en cuanto a exigir tiempos máximos de espera.

Las metas prestacionales, estimulan a las Instituciones a mejorar la calidad de la atención de sus afiliados. Entre las metas está el cumplimiento del control de todas las mujeres embarazadas y nueve controles gratuitos para los niños hasta los 14 meses, si no logran alcanzarlas no cobrarán el plus que paga el FONASA (6 % de la cuota salud).

El Economista **Daniel Olesker**, Director General de Secretaría del MSP, expuso el 11 de agosto del presente año, los principales avances logrados luego de la implementación del SNIS.

En primer lugar, en cuanto al cumplimiento del criterio de Universalidad, la población está cubierta por los cinco prestadores integrales (Mutualistas, Seguros Privados, ASSE, Sanidad Policial y Sanidad Militar) lográndose una cobertura total (3.300.300 personas).

En segundo lugar, en referencia a la Equidad del sistema, señaló que aún no se ha obtenido una equidad total, por la cual todos los usuarios aporten en función de sus ingresos, pero sí se han registrado avances significativos. Antes de la reforma, solo los que aportaban a DISSE pagaban en función de sus ingresos, mientras que después de ella, aportan al FONASA todos los trabajadores por sí mismos y por los hijos de estos. También se mejoró la relación de 3 a 1 que existía entre el gasto en salud privada y pública. Actualmente se destinan 900 pesos mensuales a la atención de un usuario en la órbita privada y 718 pesos al usuario del sector público.

En tercer lugar, respecto a la Accesibilidad a la salud, destacó la disminución operada en los costos de copago (tickets y órdenes). Se ha proporcionado gratuidad: para la atención diabética, en los exámenes de control de embarazo, para la prevención de cáncer de mamas y de cuello de útero. Se ha bajado a 50 pesos la medicación para hipertensión y enfermos mentales crónicos, se ha acordado en el contrato de gestión una baja de 40 % de los precios de medicamentos, y se han obtenido copagos gratuitos para niños y jubilados.

En cuarto lugar, en materia de regulación de la salud, señaló que se han mejorado los tiempos de espera por lo cual los prestadores se comprometen a disponer de un médico general, pediatra o ginecólogo, no necesariamente el médico personal de los usuarios, en menos de 24 horas y cualquier otro especialista en 30 días. Asimismo cada usuario tendrá un equipo de primer nivel de referencia, integrado con un médico y una enfermera.

Por último, destacó la importancia de la complementariedad entre los distintos prestadores, públicos o privados. Resaltó que un sistema que es mixto debe apuntar entre otras formas de complementación: a no duplicar puertas de emergencia en el interior, a complementarse en la atención nocturna y a articular los sistemas de emergencias público-privado, fundamentalmente en el interior del país.

De la entrevista efectuada al Economista Daniel Olesker, al ser consultado sobre los resultados observados en las IAMCs a partir de la entrada en vigencia del SNIS, éste destacó el crecimiento del nivel de afiliados que llegó a más de

1.800.000 personas (había 1.500.000 al comenzar esta Administración), lo que produjo un aumento de sus ingresos y una estabilidad en sus resultados operativos en términos generales.

Desde el punto de vista asistencial, la firma de contratos de gestión y la nueva estructura de programas asistenciales, ha dado lugar a un desarrollo del primer nivel de atención, en especial programas de prevención para niños y embarazadas. Si se logran las metas de los mismos, se paga un adicional de 65 pesos sobre las cápitás.

Considera que al pasar a pagar por edad y sexo se ha generado un equilibrio entre los ingresos y sus costos asociados, lo que reduce la selección adversa de riesgo y mejora el perfil institucional.

Finalmente, la entrada de nuevos colectivos de trabajadores y sobre todo menores, en un marco de una política de reducción de copagos, ha hecho que la propia competencia haya profundizado la política pública y haya posibilitado al menos en menores una baja promedial de dichos copagos.

Ante la interrogante acerca de qué se esperaba lograr con el SNIS y todavía no se ha podido, respondió que se debe alcanzar una rebaja aún mayor de los copagos, que considera como un impuesto a la enfermedad, y profundizar el cambio del modelo de atención.

Respecto a las dificultades que se presentaron en la implementación del SNIS dijo que tuvieron las propias de los cambios, pero sobre todo la de ir a un modelo regulado. “El sistema tenía en el pasado fuertes regulaciones pero, salvo la de los precios, en lo demás no se actuaba, los niveles inspectivos eran escasos y la política de hechos consumados funcionaba.

Las Instituciones han puesto resistencias a ciertas exigencias, discutiendo sobre la forma del ajuste de las cuotas. La ley introdujo la economía de escala, es decir, aumentar la cuota por aumento de costos pero deducirle la mejora de costos fruto del crecimiento de usuarios. Eso ya se aplicó en enero y julio de 2008 y ha sido cuestionado por las Instituciones.”

El Director Nacional de Salud, **Jorge Basso**, en el artículo publicado en la página web del MSP el 27 de agosto de 2008 expresó que se está trabajando en

estimular algunos cambios que tienen relación con la gestión clínica y con los procesos de atención médica. Para ello, se solicitó a todos los directores técnicos de las Entidades que elaboren protocolos o guías de tratamientos de las afecciones más frecuentes. De esta forma, se evitará lo que se constató como una enorme variabilidad clínica. Aseguró que ante iguales patologías, los mismos equipos de salud responden de forma diferente, situación que no es sinónimo de calidad. Actualmente, las Instituciones ya están elaborando sus protocolos y el MSP después los comparará en cuanto al propio proceso de atención.

La Secretaría de Estado, comunica a través de su sitio web, información sobre tasas moderadoras e indica que existe obligación por parte de las IAMCs de publicar los precios en lugares visibles dentro de sus locales, aunque dada la inmensa cantidad y variedad de tasas existentes, se suelen exponer los valores máximos de tickets y principales órdenes de consulta.

En la entrevista realizada en radio El Espectador por José Irazabal el 25 de julio de este año Jorge Basso expresó que el MSP realiza básicamente tres tipos de actividades:

- a) Asegurar que todas las Instituciones respeten las normativas sobre cuestiones como la habilitación de los servicios y el cumplimiento de los tiempos de espera, particularmente aquellas que han crecido más.
- b) Exigir que las Entidades demuestren cuál es el nivel de trabajo que tienen sobre sus socios. Hay un conjunto de indicadores vinculados con los programas de atención: cuántos niños tienen, cómo los están controlando, cómo están las vacunas, qué pasa si un niño no se realiza el control con la periodicidad que establece la norma, qué mecanismo se tiene para identificar esos casos, cómo salen a buscarlo, cómo se aseguran que una mujer embarazada tenga no menos de cinco controles durante el embarazo, cuál es el porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre, si les hacen todos los análisis. Todo esto está normatizado desde hace muchos años. Las Instituciones envían trimestralmente al Ministerio sus indicadores y el cuerpo

inspectivo verifica si la información es potente, de dónde surge y cuáles son los registros que dan cuenta de la validez de la información.

- c) Inspeccionar la calidad de los registros médicos, de las historias clínicas, ya que ésta es un reflejo de la calidad de atención de los prestadores. Dicha actividad se realiza a través de un cuerpo inspectivo, que se entrevista con el encargado del archivo y recoge aleatoriamente una serie de historias clínicas.

Manifestó que la reforma sanitaria implica un cambio en el modelo de atención. No solo se exige que las Entidades tengan la cantidad de recursos humanos, técnicos y no técnicos, para atender la demanda asistencial, sino que tienen que incorporar en forma sistemática la atención programada; que no se preocupen solo por atender a las personas que vayan, sino también por las que no van y tienen que atenderse con determinada periodicidad, por ejemplo niños, embarazadas, diabéticos, hipertensos. Por lo tanto tienen que tener sistemas de información que den cuenta de esto, la Institución debe saber dónde vive ese socio, debe comunicarse con él e invitarlo a seguir los controles.

Jorge Basso reveló que un 10 % de las Entidades tiene algunos problemas respecto al retraso para tener una cita con un especialista. Eso está relacionado con que cada usuario pueda identificar un médico de referencia, de manera de evitar la fragmentación de la consulta. La evolución de la salud de las personas depende de que haya un seguimiento a lo largo del tiempo por un equipo de salud estable, que las conozcan, que perfectamente pueda administrar la relación con los especialistas. La consulta médica no puede ser una sumatoria de consultas a distintos técnicos, no hay evidencia científica que demuestre que eso es calidad de atención.

Este proceso de fortalecer el primer nivel de atención, la atención ambulatoria, de volver al médico de referencia, al equipo de salud, es uno de los objetivos de la Reforma. En el contrato que la JUNASA va a firmar con las Instituciones, este capítulo va a ser muy importante para que todos los ciudadanos sepan cuál es su médico de referencia y no se atiendan con un equipo de salud que varía y que no termina de conocerlos nunca.

En lo que tiene que ver con los tiempos de espera de los usuarios, explicó que los mismos están normatizados. Aquellas Entidades que están retrasadas, tendrán que ajustarse a las normas pautadas por el Ministerio. Declaró que próximamente en la página web del MSP, se incorporará información de cada prestador en cuanto al desempeño, con los indicadores que se están evaluando. De esta manera, con dicha información se podrá conocer cómo cada Institución se posiciona frente a sus usuarios en términos de la calidad de atención.

Anunció la creación de una nueva Comisión, que deberá funcionar obligatoriamente en cada Institución de salud y que se denominará Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, para impulsar a que las Entidades elaboren sus propios protocolos y guías clínicas, que permitan identificar los errores más frecuentes en medicina.

El MSP ha desarrollado programas de prevención y promoción para fomentar hábitos saludables y diagnosticar precozmente las enfermedades, entre los cuales cuenta con el Programa Nacional de: Salud de la Mujer y Género, Salud de la Niñez y Detección Precoz de la Diabetes y de los Estados Hiperglicémicos. El responsable de éste último es el **Dr. Roberto Silva**, a quien se entrevistó.

En dicha entrevista declaró que el Programa se encarga, desde diciembre de 2006, de la detección precoz de la diabetes y del gerenciamiento del uso de los hipoglicemiantes. Las normas en que se basan las recomendaciones establecidas para esta enfermedad, son dictadas por la Sociedad de Diabetología y son difundidas por el citado Ministerio. Este Programa ha elaborado Guías impresas cuyo objetivo es proporcionar información sobre la diabetes y sus síntomas, para detectarla precozmente y fomentar la realización de exámenes para diagnosticarla, así como brindar consejos y datos útiles a las personas que poseen esta patología.

Según datos publicados por el MSP en su página web, las IAMCs en los últimos tres años y medio han incrementado el número de afiliados. En el siguiente cuadro se muestra el crecimiento de más de 400.000 personas afiliadas al mutualismo entre 2004 y 2008; de éstas 200.000 pertenecen a Montevideo y más de 200.000 al interior, representan un aumento del 30%. Los usuarios de la

Seguridad Social se duplicaron dando más estabilidad al Sistema, dada la certeza de pago y la morosidad nula de estos. Este crecimiento de afiliados y de ingresos mejoró la capacidad de trabajo de las Instituciones, potenció el uso de su capacidad ociosa, generó aumentos de empleo, de recursos humanos e incrementó la eficiencia del Sistema.

Cuadro 5: Crecimiento del número de afiliados en las IAMCs

AFILIADOS				Crecimiento
MONTEVIDEO	2004	2006	Jun-08	2008/2004
Individuales	516.206	490.337	360.738	-30%
Seguridad Social	329.706	396.074	682.891	107%
Total	845.916	886.417	1.044.412	23%
INTERIOR	2004	2006	Jun-08	
Individuales	260.679	258.762	194.012	-26%
Seguridad Social	256.277	305.593	539.218	110%
Total	517.203	564.450	734.085	42%
TOTAL PAIS	2004	2006	Jun-08	
Individuales	776.885	749.099	554.750	-29%
Seguridad Social	585.983	701.667	1.222.109	109%
Total	1.363.119	1.450.867	1.778.497	30%

Fuente: MSP

El siguiente cuadro resume la composición del total de usuarios del SNIS, discriminado por prestador de servicio de salud entre diciembre de 2006 y junio de 2008. Estos datos fueron extraídos de la presentación del Economista D. Olesker acerca de los Resultados de la Reforma de Salud.

Cuadro 6: Composición del total de usuarios del SNIS

TOTAL DE USUARIOS DEL SNIS			
Prestador	Dic-06	Dic-07	Jun-08
ASSE	1.440.264	1.308.593	1.193.924
IAMC	1.450.867	1.491.874	1.778.497
Seguros Privados	64.995	69.167	77.797
Total Usuarios SNIS	2.956.126	2.869.634	3.050.218
% Población País	91%	89%	95%

Fuente: MSP

VI.6. INDICADORES

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 359/007, el **tiempo de espera** “constituye un indicador sensible, que permite monitorear la calidad de la asistencia que se ofrece a los usuarios”.

El indicador de tiempo de espera en consulta externa, es aquel que mide el tiempo que transcurre entre el momento en que el usuario solicita la consulta hasta que se lleva a cabo la cita. Éste permite la evaluación de la accesibilidad a la consulta externa y los recursos humanos disponibles destinados a la misma.

La metodología empleada en la construcción del mencionado indicador, consistió en el relevamiento de información respecto a los tiempos de espera para cita en diferentes especialidades (básicas, médicas, quirúrgicas) para el primer y segundo especialista disponible. Las fuentes de información para la construcción del mismo se basan en los datos que envían mensualmente las Instituciones de Salud al SINADI, no obstante lo cual el MSP realizó inspecciones para corroborar los datos recibidos.

La normativa vigente reglamenta los plazos máximos de espera para consultas y cirugías, de todas las especialidades: medicina general, pediatría y ginecobstetricia se establece como máximo 24 horas, cirugía general 48 horas, especialidades médicas y quirúrgicas 30 días y procedimientos quirúrgicos no urgentes 180 días. Los tiempos establecidos en el decreto surgen de la comparación a nivel internacional, de acuerdo a lo manifestado por la División Economía de la Salud (MSP), se emplearon datos de Chile (por tener población similar) y de España. Según el informe del MSP del segundo trimestre de 2008, en general las Instituciones de Salud cumplen con la normativa en cuanto a los tiempos pero existe un porcentaje que no lo hace, en éstas la espera es mayor a la que el decreto establece.

Datos publicados el 8 de setiembre de 2008 por el MSP en su página web, indican que las Organizaciones objeto de estudio cumplen con la normativa, excepto el CASMU en el caso de la cirugía general, que demora 5 días superando el tiempo estipulado. De esta Entidad no pudieron relevarse datos referidos al

tiempo de espera de 10 especialidades médicas y quirúrgicas debido a que se trata de consultorios descentralizados que no están en el sistema de información.

Existen indicadores asistenciales de calidad, vinculados a los Programas de Salud del niño y de la mujer, que permiten verificar el cumplimiento de algunas metas asistenciales. Dentro de estos se encuentran los referidos al número de niños: nacidos en la Institución, derivados para el primer control con cita programada luego del alta hospitalario-sanatorial y captados (recién nacidos que concurren al primer control). Otros están relacionados con el número de: partos en la Institución, mujeres con seis o más controles al momento del parto, mujeres con historia SIP completa al momento del parto y mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo. En cuanto a la prevención y detección de cáncer de mama y cuello uterino, se establece el porcentaje de mujeres con PAP y con mamografía vigentes según norma.

En el diario El País el 17 de agosto de 2008 se publicaron datos respecto al porcentaje de embarazos controlados, el 95% de las embarazadas que se atienden en el CASMU se realizan más de seis controles y 74% asisten a los cursos educativos, de acuerdo a lo manifestado por la Directora de la Maternidad de dicha Entidad. Esto es resultado del Programa implementado por el CASMU “de gestión de calidad en el control de embarazadas y de recién nacidos”, el cual está enfocado hacia la calidad y al usuario, para conocer sus necesidades y grado de satisfacción. Estas cifras difieren sustancialmente de lo que sucede en Salud Pública, solamente 60% de las mujeres atendidas en el Pereyra Rossell, en 2007, se hicieron cinco revisiones, según datos de la misma publicación.

El MSP publicó en su página web, en diciembre de 2008, datos referidos a los indicadores de las metas asistenciales, entre ellos se señalan el: **número de mujeres con seis o más controles al momento del parto, número de mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo y número de niños captados.**

En dicha publicación se observa que en la MUCAM el 90% de las embarazadas se hacen más de seis controles, 92% son captadas en el primer trimestre y son captados 100% de los recién nacidos. En la Asociación Española el 91% de las mujeres embarazadas se realizan más de seis controles, 85% son

captadas en el primer trimestre y los recién nacidos captados son el 95%. Mientras que en el CASMU son 85% las que se efectúan más de seis controles, 70% las que se logran captar durante los tres primeros meses y 98% la captación de recién nacidos.

Cuadro 7: Indicadores de las metas asistenciales

Indicador \Mutualista	MUCAM	Asociación Española	CASMU
Número de mujeres con seis o más controles al momento del parto	90%	91%	85%
Número de mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo	92%	85%	70%
Número de niños captados	100%	95%	98%

Fuente: MSP

Estos son los primeros datos publicados por el MSP respecto al cumplimiento de las metas asistenciales y tiempos de espera por lo que es imposible comparar con cifras anteriores. Están en proceso de elaboración otros indicadores según lo expresado por las autoridades ministeriales pero no se cuenta con información al respecto.

Se puede apreciar de lo expuesto anteriormente una diferencia en el porcentaje de embarazos controlados entre lo declarado por la Directora de la Maternidad del CASMU y lo publicado por el MSP. Esto refleja la dificultad encontrada en el campo al momento de conseguir información fidedigna.

El MSP realizó auditorías a las historias clínicas de Instituciones del interior del país con la finalidad de observar la calidad de la atención y detectar errores u omisiones en sus registros. Dicho análisis permitió observar: la variabilidad en la práctica clínica existente, la utilización de diferentes formatos, la ilegibilidad de los registros manuscritos en 44% de los casos. Estos datos fueron publicados por la Dirección General de la Salud el 30 de julio de 2008.

VII. CONCLUSIONES

VII.1. ESTRUCTURACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

Se observó que la estructura de las IAMCs objeto de estudio se asemeja a la definida por Mintzberg como Burocracia Profesional u Organización Profesional. Los profesionales médicos y no médicos que integran las Instituciones poseen conocimientos y habilidades estandarizados. Cuentan con personal y unidades de apoyo que le dan soporte. El mecanismo de coordinación se logra a través de la normalización de habilidades. El nivel operativo está a cargo de la “Dirección Técnica”, quien organiza o agrupa a los profesionales, de acuerdo a sus conocimientos y habilidades, dando origen a los distintos servicios o departamentos según la especialidad médica (por ejemplo: Pediatría, Cardiología, Ginecología).

El criterio de departamentalización adoptado por la Asociación Española y la MUCAM es funcional. Agrupan las actividades en órganos de acuerdo a las funciones más importantes: administrativa, financiera y técnico-asistencial. Del órgano Técnico dependen los servicios técnicos-asistenciales que se agrupan según las especialidades médicas.

El CASMU cuenta con una departamentalización matricial, combina el criterio funcional, reflejado en su estructura donde se observan órganos de Dirección, Administración y Técnico-asistencial, con el criterio por productos, por el que agrupa los servicios asistenciales en: Médico y Pediátrico (Sanatorio 1), Quirúrgico y Traumatológico (Sanatorio 2), Gineco-obstétrico (Sanatorio 3) y Cuidados Especiales (Sanatorio 4), según los conocimientos técnicos, equipamiento e instalaciones que requieren para cumplir con la atención. Cada uno de estos servicios se brinda en uno de sus cuatro Sanatorios.

Estas IAMCs brindan el primer nivel de atención a través de Policlínicas que poseen en Montevideo y en el interior del país y de sus Sedes centrales, lo que se asemeja a una departamentalización geográfica. La hospitalización en cambio, se realiza solamente en sus Sedes centrales.

De lo anteriormente mencionado se deduce en primer lugar, que las Instituciones de Salud estudiadas se organizan en departamentos formando una estructura vertical. Se centraliza la atención sanatorial y algunas especialidades y se descentraliza el primer nivel.

En segundo lugar, el usuario desde que ingresa a la Entidad solicitando un servicio sigue un proceso asistencial que fluye de forma horizontal, atravesando las distintas unidades o departamentos que la integran. Esto provoca un “choque” con la estructura vertical adoptada por la Institución.

A modo de ejemplo: se indica un examen a un diabético. Éste solicita fecha para la realización del mismo, telefónicamente o en ventanilla, una vez agendado concurre al Laboratorio donde se lo efectúan y le comunican cuándo debe retirar el resultado. Posteriormente agenda una consulta con su médico tratante a fin de llevárselo. Esto genera en el paciente una dificultad pues a la hora de cumplir con una solicitud médica, debe concurrir en varias oportunidades a la Institución.

Dicha contradicción, entre la estructura vertical y el desarrollo de los procesos, podría solucionarse si las Entidades se organizan centralizándose en los procesos, donde se priorice al “cliente” y su satisfacción. En el ejemplo debería existir una coordinación previa entre las distintas unidades o personas a fin de facilitar el acceso a los servicios y evitar las demoras existentes.

VII.2. PROCESOS CLAVES

En nuestro país, no todos los procesos asistenciales analizados se encuentran protocolizados. Existen Normas de Atención a la Mujer Embarazada que se siguen en las Instituciones objeto de estudio, constituyendo una guía para los médicos encargados del Control Prenatal. Ésta se cumple en todos sus aspectos, lo que se deduce de las opiniones registradas de profesionales, pacientes y autoridades de las IAMCs.

A nivel internacional, existen Guías para la atención del paciente diabético que si bien no son obligatorias en nuestro país, algunos médicos se basan en

éstas para determinar el tratamiento y seguimiento de sus pacientes. Algunas Instituciones ya cuentan con Guías propias, otras las están elaborando.

Para la atención de hipertrofia adenoidea, los especialistas no cuentan con ningún protocolo, solamente están establecidos lineamientos generales.

Se desprende de lo anterior que los médicos no siguen un único criterio, ante la misma patología responden de forma diferente, lo cual provoca una gran variabilidad clínica.

De lo recabado en el trabajo de campo se desprende que los procesos asistenciales constituyen un caso particular a la hora de hablar del responsable de los mismos. No existe un único responsable, se identifica, por un lado, al médico tratante, quien establece el desarrollo del proceso, determina las actividades que deberán realizar el paciente y el equipo de salud. Por otro, al paciente o su representante legal como dueño, otro responsable, que decide seguir o no el plan de tratamiento y concurrir o no periódicamente a los controles establecidos por el profesional o el equipo de salud.

Surgen las siguientes **coincidencias** entre las visiones de los pacientes y especialistas y de estos con los procesos descritos:

- a) al momento de la consulta programada, los médicos siempre cuentan con la historia clínica y proceden a actualizarla con la nueva información obtenida respecto a la situación del paciente. En algunas policlínicas o consultorios particulares se lleva un registro de las citas efectuadas y de la información obtenida en dicho lugar. Por lo cual la historia no siempre está completa, ya que la misma no está centralizada en una sola sede.
- b) El médico tratante deriva con otros especialistas al paciente según la enfermedad que presente o el estado de salud en que se encuentre. Toma en cuenta las opiniones e indicaciones de sus colegas al momento de determinar los pasos a seguir.
- c) Los profesionales indican la realización de los exámenes recomendados en las guías y los necesarios para diagnosticar, tratar la patología o estado del paciente. Estos se realizan en la Institución salvo que el médico recomiende algún otro centro.

- d) Los médicos o los integrantes del equipo de salud, son quienes le brindan al paciente toda la información necesaria respecto a su enfermedad o estado de salud y al tratamiento y seguimiento que requiere.
- e) Todos los pacientes entrevistados y el 95% de los médicos, coinciden en que las Instituciones no cuentan con mecanismos de monitoreo en el caso de que los pacientes no asistan a las consultas programadas o no retiren los resultados de sus exámenes en tiempo y forma. Se comunican con ellos solo cuando algún resultado lo amerita. No se les recuerda la cita, ni la realización de exámenes periódicos de rutina cuando éste no se los ha realizado oportunamente.
- f) Las embarazadas y los diabéticos, realizan el seguimiento de su estado o enfermedad siempre con el mismo especialista. El 5% de los médicos trabajan conjuntamente con otro colega de su especialidad, para que al momento de no poder atender a sus pacientes (en caso de licencia por ejemplo), estos puedan concurrir al otro que conocen. Con esto se evita el inconveniente que puede provocar al paciente su ausencia.

Se detectaron ciertas **discrepancias** entre las visiones de los distintos involucrados y de estos con los procesos:

- a) el tiempo que dedica el médico a la consulta es considerado por los pacientes como suficiente cuando se evacúan todas sus dudas. Los profesionales que atienden en las Instituciones tienen el horario de atención preestablecido, lo que los obliga a administrarlo entre sus pacientes pues no todos insumen el mismo tiempo. Esto ocasiona que no siempre puedan brindarle a cada uno el tiempo que requiere.
- b) El 50% de los diabéticos y el 30% de las embarazadas acuden a un suplente cuando el tratante no está disponible, los restantes esperan a que éste pueda atenderlos. Esto demuestra que no todos los pacientes se niegan a ser atendidos por otro profesional y manifiestan no sentirse incómodos con esta situación.

- c)** Se detectó en algunas entrevistas el desconocimiento de los médicos en cuanto al procedimiento que debe realizar el paciente para solicitar hora para su consulta y con cuánta anticipación debe hacerlo. Esto provoca que los pacientes muchas veces no consigan turno y no puedan cumplir con los tiempos marcados por el facultativo resintiéndose la calidad asistencial.

A partir de la información recogida no fue posible concluir sobre los siguientes aspectos:

- a)** el tiempo que transcurre entre la solicitud de los exámenes y el resultado de los mismos, debido a que depende del tipo de examen y de la Institución. Puede transcurrir desde 48 horas hasta un mes. El 54% mencionó que es una semana.
- b)** La frecuencia de las consultas de los diabéticos con el especialista, porque varía según la particularidad de cada caso. Lo habitual es que asistan mensualmente, cuando están estables cada dos o tres meses y si están descompensados una vez por semana.
- c)** El período transcurrido entre la indicación de la operación y la intervención propiamente dicha, ya que se coordina en función de la urgencia del caso y de la disponibilidad del equipo (médico y block quirúrgico). Cuando no es urgente demora entre 20 días y 3 meses respetando los indicadores establecidos por el MSP cuyo plazo es de 180 días.

VII.3. SNIS

Los pacientes coinciden en que el SNIS provocó un incremento importante de socios. Un 67% considera que se produjo una baja de la calidad asistencial debido a que no fue acompañado de un aumento proporcional de personal e infraestructura. Las embarazadas y los padres de niños con vegetaciones destacaron dentro de los beneficios obtenidos a causa del Sistema, la rebaja en los tickets, algunas órdenes gratuitas y la cobertura de sus niños.

Los médicos entrevistados en general no tienen una opinión formada sobre el impacto del SNIS. Un 30% manifiesta que sí existió un crecimiento en la masa de afiliados. Un 40 % de los diabetólogos afirma que a pedido del MSP se están elaborando Guías de atención a los diabéticos. El mismo porcentaje de pediatras, declara que el nuevo Sistema ha provocado un incremento de su fuente laboral a consecuencia del aumento de la población infantil afiliada que causó una mayor demanda de su especialidad.

El SNIS trajo aparejado un crecimiento de la población afiliada a las Instituciones de Salud estudiadas, principalmente de la población infantil. Dicho incremento en la Asociación Española y en el CASMU no fue significativo, sin embargo no sucedió lo mismo en la MUCAM que debió invertir en infraestructura y contratar recursos humanos para paliar dicha situación. En nuestra opinión, esto sucedió en la Médica, debido a la política que ha practicado en los últimos años que apunta a niños y jóvenes, no ocurre lo mismo en la Asociación Española, estigmatizada como “mutualista cara”, ni en el CASMU.

El incremento de los afiliados a las IAMCs se debió por un lado, al ingreso de personas que anteriormente carecían de cobertura y por otro, al traslado de usuarios desde ASSE al sistema mutual. Internamente en las Instituciones se produjo una variación en la composición de su masa social, pasando de ser socios por DISSE o individuales a estar afiliados por FONASA.

Las Entidades objeto de estudio, previo a la entrada en vigencia del Sistema, brindaban una atención integral a sus usuarios, por tal motivo no implementaron grandes cambios para cumplir con las prestaciones exigidas por el MSP.

El componente meta de la cuota salud, constituye un incentivo económico para que éstas mejoren la calidad de atención a sus usuarios. Las IAMCs analizadas cumplen con las metas prestacionales de acuerdo a los datos publicados por el Ministerio, envían en tiempo y forma la información requerida por éste para la elaboración de indicadores e informes.

Los resultados de las Organizaciones estudiadas muestran que el porcentaje de mujeres con 6 o más controles al momento del parto, se sitúan entre

85% y 91% y el de mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo, varía entre 70% y 92%. El porcentaje de niños recién nacidos que concurren a la consulta del primer control se encuentra entre 95% y 100%. No existen datos de años anteriores respecto a los mencionados indicadores, esto hace imposible su comparación, pero constituyen un precedente a tener en cuenta en un futuro para observar su evolución. No se logró obtener información al respecto directamente de las mutualistas, éstas informan al MSP, quien elabora los indicadores y luego los divulga, posibilitando así el acceso público.

Se incrementó el número de controles realizados por el MSP y la JUNASA a las IAMCs. La auditoría de historias clínicas, forma parte de los controles que realizan los inspectores del Ministerio, con el objetivo de detectar la calidad de atención. Existen datos de auditorías realizadas en el interior del país, pero aún no se han publicado los resultados de las realizadas en las Entidades objeto de estudio.

Las Instituciones aun no han podido resolver el problema de contar en tiempo y forma con historias clínicas completas, cuando el paciente concurre a consulta de forma no programada. Lo mismo sucede cuando se atiende habitualmente en Policlínicas o consultorios particulares, donde se cuenta con los registros de su historial en dicho centro y en el caso de usuarios que concurren a una Policlínica de forma excepcional sin previo aviso. Esto podría resolverse si todas contaran con historias digitalizadas.

En cuanto al indicador de tiempo de espera las Entidades cumplen con la normativa, cabe aclarar que éstas deben disponer de un médico general, pediatra o ginecólogo, en menos de 24 horas y cualquier otro especialista en 30 días, no necesariamente el médico tratante del paciente.

La información publicada en la web por el MSP y por las Mutualistas, permite al usuario conocer sus derechos y la situación de la Institución, para elegir la más adecuada a sus necesidades. El decreto 464 obliga a las Entidades a entregar, al momento del registro del afiliado, la cartilla de derechos y deberes de estos o a hacerla llegar al resto de sus usuarios en el plazo de un año desde la firma del contrato.

El Sistema promueve una medicina “preventiva”, en contraposición a la practicada hasta el momento caracterizada por ser “curativa” ya que busca diagnosticar y tratar la enfermedad. Se observa este cambio, a través de los distintos programas impulsados por el Ministerio, dirigidos a ciertos grupos poblacionales (diabéticos, hipertensos, embarazadas, niños).

El paciente no llega a establecer un vínculo estrecho con ningún médico en particular. Antiguamente, quien cumplía este rol era el médico de familia. Uno de los objetivos del Sistema, establecido en el contrato de gestión, es crear la figura del médico de referencia, lo que permitiría lograr un conocimiento y un seguimiento del paciente pero todavía no se ha conseguido.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y DOCUMENTOS

_ AQFU, Jornadas: Debate “Universidad de la República: Convocatoria Nacional para las Estrategias de Salud”, en: Economía y Gestión de la Salud. Tomo 2. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA, 2007.

_ ARANAZ, Andrés, J., MIRA, J. J., BELTRÁN PERIBÁÑEZ, J. La gestión por procesos asistenciales integrados. Alicante: Ars Médica Grupo Ars XXI, 2003.

_ ARCE, P., MONTES, L. Los Sistemas Sanitarios, en: Economía y Gestión de la Salud. Tomo 2. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA, 2007.

_ CAMINAL, Josefina. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Barcelona: Revista Calidad Asistencial, Universidad Autónoma de Barcelona, 2001.

_ COMAS MÉROLA, Javier, CÚNEO GATEÑO, Moris. Las organizaciones y su administración. Montevideo: Entrepreneur XXI.

_ COMAS MÉROLA, Javier. Las organizaciones. Características y fenómenos principales. Montevideo: Entrepreneur XXI.

_ Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Junta de Andalucía. 2001.

_ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Primera Edición. Madrid: Espasa Calpe SA, 2000.

_ GIBSON, IVANCEVICH, DONNELLY. Las Organizaciones. Comportamiento. Estructura. Proceso. 10ma edición. Santiago de Chile: Mc Graw-Hill Interamericana, 2001.

_ GIMÉNEZ, Dante. Instituciones de asistencia médica. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA, 2001.

_ GONZÁLEZ, María Soraya. Tipología de la organización formal. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA.

_ Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género del MSP. MSP: 2007.

_HALL, Richard H Organizaciones. Estructuras, procesos y resultados. 6ta. edición. Méjico: Prentice Hall Hispanoamericana SA, 1996.

_JIMÉNEZ PANEQUEL, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Ciudad de la Habana: Revista Cubana Salud Pública v.30 n1, 2004.

_MALAGÓN –LODOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE. Administración hospitalaria. 2da edición. Bogotá Colombia: Editorial Médica Panamericana, 2000.

_MARI, Javier. Los Procesos y los Procedimientos Administrativos en las Organizaciones. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA, 2008.

_MINTZBERG, Henry. La Estructuración de las Organizaciones. Barcelona: Ariel Barcelona Española, 1984.

_NAVARRO ESPIGARES, J.L., HERNÁNDEZ TORRES, E. XXIII Jornadas de Economía de la Salud. Cádiz, 2003.

_PENENGO, Miguel. Análisis y simplificación de Procedimientos. Editorial Técnica SRL. Montevideo, 1998.

_PENENGO, Miguel. Metodología de los Procesos de Mejoramiento Administrativos. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA, 2007.

_PINI, José. Documento 7 Departamentalización. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA, 1998.

_STONER, J., FREEMAN, E., GILBERT Jr., D. Administración. 6ta edición. Méjico: Prentice Hall Hispanoamericana SA, 1996.

_TEMES MONTES, J. L., PASTOR ALDEGUER, V., DÍAZ FERNÁNDEZ, J. L. Manual de gestión hospitalaria. 2da edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1997.

_TRIAY, Enrique. Hospitales y sanatorios. Montevideo: Servicios de documentación del CECEA.

NORMATIVA

_Constitución de la República de 1966.

_Ley 9202 de 1931 Ley orgánica de Salud Pública.

_Decreto Ley 14987 de 1979 Crea el Fondo Nacional de Recursos.

- _Decreto Ley 15181 de 1981 Normas para la Asistencia Médica Colectiva.
- _Decreto 271 de 1981 Crea el Sistema Nacional de Información.
- _Decreto 58 de 1986 Seguros Parciales.
- _Decreto 345 de 1986 Normas para el funcionamiento de los servicios privados de atención.
- _Ley 16343 de 1992 Normativa FNR e IMAE.
- _Decreto 258 de 1992 Normas sobre conducta médica y derechos del paciente.
- _Ley 16713 de 1995 Seguridad Social.
- _Ley 15897 Crea la Administración de Servicios de Salud del Estado.
- _Decreto 388 de 2002 IAMCs deben publicar sus ESP y resultados contables.
- _Decreto del 30/9/03 Disposiciones relativas a la historia clínica electrónica única de cada persona.
- _Ley 17930 de 2005 SNIS.
- _Decreto 2 de 2006 Reglamenta peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de servicios de salud.
- _Decreto 15 de 2006 Reglamenta la Tramitación y presentación de las peticiones de los usuarios.
- _Decreto 67 de 2006 Promover información a mujeres usuarias sobre derechos a acompañamiento en trabajo de parto, parto y nacimiento.
- _Ley 18131 de 2007 Fondo Nacional de Salud.
- _Ley 18161 de 2007 Transforma la Administración de Servicios de Salud del Estado.
- _Ley 18211 de 2007 Crea el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- _Decreto 13 de 2007 Primer nivel de atención.
- _Decreto 275 de 2007 IAMCs fijan el valor de la cuota de afiliados individuales no vitalicios, colectivos, etc.
- _Decreto 276 de 2007 FONASA será administrado por el BPS.
- _Decreto 359 de 2007 Tiempo de espera para acceder a las consultas.
- _Decreto 136 de 2008 Reglamenta sedes secundarias de las IAMCs.
- _Decreto 264 de 2008 Fija valores de tasas moderadoras.

_Decreto 464 de 2008 Contrato de gestión entre la JUNASA y prestadores que integran el SNIS.

_Decreto 465 de 2008 Programas integrales de Salud y catálogo de prestaciones.

_Proyecto ley Sistema Nacional Integrado de Salud.

PÁGINAS WEB

_www.alad-latinoamerica.org (Asociación Latinoamericana de Diabetes)

_www.aqfu.org.uy (Asociación de Química y Farmacia del Uruguay)

_www.asesp.com.uy (Asociación Española Primera de Socorros Mutuos)

_www.bps.com.uy (Banco de Previsión Social)

_www.bvs.com.ar (Glosario Servicios de Salud del MERCOSUR)

_www.casmu.com.uy (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay)

_www.diabetología.org.uy (Asociación de Diabetología y Nutrición del Uruguay)

_www.dsp.umh.es (Departamento de Salud Pública-Universidad Miguel Hernández)

_www.idf.org (Federación Internacional de Diabetes)

_www.juntadeandalucia.es (Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía)

_www.medicauruguay.com.uy (Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica)

_www.msp.gub.uy (Ministerio de Salud Pública)

_www.paho.org (Organización Panamericana de la salud)

_www.smu.org.uy (Sindicato Médico del Uruguay)

_www.who.com (OMS)

MONOGRAFÍAS

_ALONSO FERNÁNDEZ, Laura. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Montevideo: 1998.

_CROSSA, Fernando, MASTROIANI, Lourdes, CAMPOS, Serrana. Efectos sobre la organización, gestión y sistema de información derivados de la aplicación de políticas de calidad en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Montevideo:2000.

_GATTI, Gonzalo, GONZÁLEZ, Ofelia, RODRÍGUEZ, Carolina. Mutualismo en Montevideo: diagnóstico y perspectiva en el período de cambio de políticas específicas en el sector. Montevideo: 2001.

_OLIVERA, Mercedes, PALOMEQUE, Martin. Identificación de Factores Explicativos del Éxito de diferentes tipos de Organizaciones en el Área de la Salud. Montevideo: 2008.

IX. ANEXOS

ENTREVISTAS A PACIENTES

Control Prenatal

- 1) ¿Con qué frecuencia concurre a su médico para realizarse controles? ¿La frecuencia se modifica a medida que transcurre el período de gestación? ¿De qué forma?
- 2) ¿Con cuánta anticipación tiene que pedir fecha para consultar? ¿De qué forma realiza la solicitud de la consulta? (telefónicamente, en la propia institución, abita, otra)
- 3) ¿Sigue algún tratamiento? ¿Fue recomendado por su médico? ¿En qué consiste?
- 4) ¿Le pide estudios periódicamente? ¿Cuáles?
- 5) ¿Cuánto demoran aproximadamente en darle hora para los estudios que le pidió su médico? ¿De qué forma solicita fecha para concurrir a realizarse los estudios y/o exámenes?
- 6) ¿Cuánto demoran en darle los resultados de los estudios?
- 7) Esos estudios que le pidió el médico, ¿los realiza todos en la institución o fuera de ella en otros centros?
- 8) ¿El seguimiento y control de su enfermedad requiere que usted consulte con otros especialistas? (nutricionista, otros) ¿Con cuáles consulta y con qué frecuencia?
- 9) Cuando concurre a la consulta ¿el médico cuenta con su historia clínica? ¿La va actualizando en cada consulta?
- 10) ¿El médico toma en cuenta los informes realizados por otros especialistas al momento de indicarle el tratamiento a seguir? ¿Cómo lo percibe?
- 11) ¿Considera suficiente el tiempo que el médico le dedica en la consulta? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo estima que sería suficiente?
- 12) Cuando no asiste a una consulta o estudio o no retira un resultado ¿alguien de la mutualista se comunica con usted para saber los motivos por los cuales no lo hizo?
- 13) ¿En algún momento la institución se comunica con usted a efectos de recordarle que tiene una cita o le recomienda exámenes a realizarse por simple rutina o control?
- 14) ¿Recibe algún tipo de indicación en cuanto a cambios a su forma de vida (alimentación, fumar, actividad física u otros)? ¿Cuáles? ¿Quién le brinda dicha información? (el médico, el personal de enfermería, otros)
- 15) ¿Usted consulta cuando cree que lo necesita o las consultas y periodicidad de las mismas las establece el médico con anticipación, para así lograr realizar los controles y cambios necesarios en el tratamiento inicialmente indicado?
- 16) ¿Observó algún cambio en su mutualista luego de la entrada en funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Cuáles?
- 17) ¿Qué beneficios o perjuicios le trajo a usted en particular el Sistema

Nacional Integrado de Salud?

Diabetes Mellitus II

- 1) ¿Con qué frecuencia concurre a su médico para realizarse controles?
- 2) ¿Con cuánta anticipación tiene que pedir fecha para consultar? ¿De qué forma realiza la solicitud de la consulta? (telefónicamente, en la propia institución, abitab, otra)
- 3) ¿Sigue algún tratamiento? ¿Fue recomendado por su médico? ¿En qué consiste?
- 4) ¿Le pide estudios periódicamente? ¿Cuáles?
- 5) ¿Cuánto demoran aproximadamente en darle hora para los estudios que le pidió su médico? ¿De qué forma solicita fecha para concurrir a realizarse los estudios y/o exámenes?
- 6) ¿Cuánto demoran en darle los resultados de los estudios?
- 7) Esos estudios que le pidió el médico, ¿los realiza todos en la institución o fuera de ella en otros centros?
- 8) ¿El seguimiento y control de su enfermedad requiere que usted consulte con otros especialistas? (nutricionista, oftalmólogo, cardiólogo, psicólogo u otros) ¿Con cuáles consulta y con qué frecuencia?
- 9) ¿Cómo llega a la consulta con esos especialistas? (por derivación de otro médico o por propia iniciativa)
- 10) Cuando concurre a la consulta ¿el médico cuenta con su historia clínica? ¿La va actualizando en cada consulta?
- 11) ¿El médico toma en cuenta los informes realizados por otros especialistas al momento de indicarle el tratamiento a seguir? ¿Cómo lo percibe?
- 12) ¿Considera suficiente el tiempo que el médico le dedica en la consulta? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo estima que sería suficiente?
- 13) Cuando no asiste a una consulta o estudio o no retira un resultado ¿alguien de la mutualista se comunica con usted para saber los motivos por los cuales no lo hizo?
- 14) ¿En algún momento la institución se comunica con usted a efectos de recordarle que tiene una cita o le recomienda exámenes a realizarse por simple rutina o control?
- 15) ¿Qué información recibe respecto al manejo y control de su enfermedad (dieta a seguir, ejercicio físico, administración de insulina, monitoreo de glicemia, otra) ¿Quién le brinda dicha información? (el médico, el personal de enfermería, otros)
- 16) ¿Usted consulta cuando cree que lo necesita o las consultas y periodicidad de las mismas las establece el médico con anticipación, para así lograr realizar los controles y cambios necesarios en el tratamiento inicialmente indicado?
- 17) ¿Observó algún cambio en su mutualista luego de la entrada en funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Cuáles?
- 18) ¿Qué beneficios o perjuicios le trajo a usted en particular el Sistema Nacional Integrado de Salud?

Vegetaciones

- 1) ¿Cuánto demoraron en darle hora para el pediatra? ¿De qué forma solicita la consulta? (telefónicamente, en la propia mutualista, otra)
- 2) Ante la sospecha de que su hijo tenía vegetaciones, ¿qué exámenes le realizó el médico en la primer consulta y cuáles le indicó que se realice? (análisis, radiografías, pase a especialista)
- 3) ¿De qué forma solicita los estudios?
- 4) ¿Cuánto demoraron en darle los resultados de los estudios?
- 5) Esos estudios que le pidió el médico, ¿los realiza todos en la institución o fuera de ella en otros centros?
- 6) ¿Cómo llega a la consulta con el otorrinolaringólogo? (por derivación del pediatra o por propia iniciativa)
- 7) ¿Cuánto demoraron en darle hora para el otorrinolaringólogo? ¿De qué forma solicitó la consulta?
- 8) ¿Qué estudios le indicó el otorrinolaringólogo y cuáles le realizó en la primera consulta? ¿De qué forma solicita fecha para realizar los estudios?
- 9) ¿Cuánto demoraron en darle los resultados de los estudios?
- 10) Esos estudios que le pidió el médico, ¿los realiza todos en la institución o fuera de ella en otros centros?
- 11) Cuando concurre a la consulta ¿el médico cuenta con su historia clínica?
¿La va actualizando en cada visita?
- 12) ¿El otorrinolaringólogo toma en cuenta los informes realizados por otros médicos al momento de indicarle el tratamiento a seguir? ¿Cómo lo percibe?
- 13) ¿Considera suficiente el tiempo que el médico le dedica en la consulta?
¿Por qué? ¿Cuánto tiempo estima que sería suficiente?
- 14) Cuando no asiste a una consulta o estudio o no retira un resultado ¿alguien de la mutualista se comunica con usted para saber los motivos por los cuales no lo hizo?
- 15) ¿En algún momento la institución se comunica con usted a efectos de recordarle que tiene una cita?
- 16) ¿Recibe algún tipo de indicación en cuanto a cambios a su forma de vida (alimentación, actividad física u otros)? ¿Cuáles? ¿Quién le brinda dicha información? (el médico, el personal de enfermería, otros)
- 17) ¿El médico lo deriva a otros especialistas (anestésista, cardiólogo, etc) antes de confirmar la operación?
- 18) Luego de confirmada la cirugía, ¿Cómo se realiza la coordinación de la misma? ¿Quién la realiza?
- 19) ¿Recibe información respecto a la operación y a las medidas a tener en cuenta previas a la intervención? ¿Cuáles? ¿Quién le brinda dicha información? (el médico, el personal de enfermería, otros)
- 20) ¿Cuánto tiempo pasó desde que se le indicó la operación hasta la intervención propiamente dicha?
- 21) ¿Observó algún cambio en su mutualista luego de la entrada en

- funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Cuáles?
- 22) ¿Qué beneficios o perjuicios le trajo a usted en particular el Sistema Nacional Integrado de Salud?

ENTREVISTAS A LOS MÉDICOS

Control Prenatal

Como médico de una paciente **embarazada que no requiere cuidados especiales**:

- 1) ¿Cada cuánto tiempo le recomienda que concurra a su consulta? ¿La frecuencia se modifica a medida que transcurre el período de gestación? ¿De qué forma?
- 2) ¿Se realiza algún tipo de actividad educativa con la paciente? ¿En qué consiste? ¿Quién la realiza?
- 3) ¿Le recomienda que siga alguna dieta o alimentación especial o complemento alimenticio? ¿En qué consiste?
- 4) ¿Le indica que se realice estudios de control? ¿Cuáles? ¿Cada cuánto tiempo?
- 5) ¿Cuánto tiempo estima que en la mutualista demoran en darle hora para su consulta?
- 6) ¿Cuánto tiempo estima que va a pasar entre el pedido de exámenes y el resultado de los mismos?
- 7) ¿Cómo se realiza la coordinación con otros especialistas (nutricionista, partera)?
- 8) Al indicarle el tratamiento a seguir, ¿se realiza alguna reunión con otros especialistas? ¿De qué forma?
- 9) Todos los análisis o estudios que se debe realizar el paciente, ¿se realizan en la institución o es necesario enviarlos a otros centros o instituciones?
- 10) ¿Existe algún mecanismo de control si el paciente no asiste a consulta o no se realiza los exámenes indicados? ¿Qué medidas se toman? (por ej: se lo llama por teléfono)
- 11) Cuando concurre el paciente ¿usted siempre cuenta con la historia clínica? ¿Se procede a actualizar la misma en base a la nueva información obtenida?
- 12) ¿Considera que el tiempo que dispone para la atención del paciente es suficiente? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo estima que sería suficiente?
- 13) El número de consultas y estudios necesarios para cumplir con el control prenatal ¿está indicado en alguna guía de atención?
- 14) Respecto a su especialidad, nos interesaría también saber: ¿cuál ha sido el impacto del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Ha visualizado otros cambios en la Institución?

Diabetes Mellitus II

Como médico de un **paciente diagnosticado diabético tipo II recientemente que no presenta otras patologías y/o complicaciones:**

- 1) ¿Cada cuánto tiempo es recomendable que un paciente concurra a su consulta para realizarle el seguimiento?
- 2) ¿Cuánto tiempo estima que en la mutualista demoran en darle hora para su consulta?
- 3) ¿Se realiza algún tipo de actividad educativa con el paciente, en relación a su enfermedad? ¿En qué consiste? ¿Quién la realiza?
- 4) ¿Le recomienda que siga alguna dieta? ¿En qué consiste?
- 5) ¿Le indica que se realice estudios de control? ¿Cuáles? ¿Cada cuánto tiempo?
- 6) Una vez diagnosticada la enfermedad ¿el número de consultas y controles necesarios, así como la periodicidad de los mismos está indicado en alguna guía de atención o protocolo? ¿Cuál?
- 7) ¿Cuánto tiempo estima que va a pasar entre el pedido de exámenes y el resultado de los mismos?
- 8) Todos los análisis o estudios que se debe realizar el paciente, ¿se realizan en la institución o es necesario enviarlos a otros centros o instituciones?
- 9) ¿Cómo se realiza la coordinación con otros especialistas (nutricionista, podólogo, oculista)?
- 10) ¿Qué tipo de tratamiento médico se le indica? (farmacológico o no)
- 11) Al indicarle el tratamiento a seguir, ¿se realiza alguna reunión con otros especialistas? ¿De qué forma?
- 12) ¿Cómo llega el paciente a su consulta? (por derivación de otro médico o por propia iniciativa)
- 13) ¿Existe algún mecanismo de control si el paciente no asiste a consulta o no se realiza los exámenes indicados? ¿Qué medidas se toman? (por ej: se lo llama por teléfono)
- 14) Cuando concurre el paciente ¿usted siempre cuenta con la historia clínica? ¿Se procede a actualizar la misma en base a la nueva información obtenida?
- 15) ¿Considera que el tiempo que dispone para la atención del paciente es suficiente? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo estima que sería suficiente?
- 16) Respecto a su especialidad, nos interesaría también saber: ¿cuál ha sido el impacto del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Ha visualizado otros cambios en la Institución?

Vegetaciones (PEDIATRA)

Ante la consulta de un paciente que se presenta a su consulta con **dificultades respiratorias:**

- 1) ¿Cuánto tiempo estima que en la mutualista demoraron en darle hora para

- su consulta?
- 2) ¿Qué exámenes le realiza en la primera consulta? ¿Y qué exámenes paraclínicos le manda realizar?
 - 3) ¿Cuánto tiempo estima que va a pasar entre el pedido de exámenes y el resultado de los mismos?
 - 4) ¿Cómo se realiza la coordinación con otros especialistas (otorrinolaringólogo) en caso de considerarla necesaria?
 - 5) Todos los análisis o estudios que se debe realizar el paciente, ¿se realizan en la institución o en otros centros o instituciones?
 - 6) ¿Existe algún mecanismo de control si el paciente no asiste a consulta o no se realiza los exámenes indicados? ¿Qué medidas se toman? (por ej: se lo llama por teléfono)
 - 7) Cuando concurre el paciente ¿usted siempre cuenta con la historia clínica? ¿Se procede a actualizar la misma en base a la nueva información obtenida?
 - 8) ¿Considera que el tiempo que dispone para la atención del paciente es suficiente? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo estima que sería suficiente?
 - 9) ¿Cuánto tiempo estima que puede pasar entre la primera consulta y la intervención propiamente dicha?
 - 10) Ante la sospecha de la hipertrofia adenoidea, ¿cuáles son las posibles derivaciones?
 - 11) ¿Existe algún programa o protocolo a seguir una vez confirmado el diagnóstico de la enfermedad? ¿Cuál?
 - 12) Respecto a su especialidad, nos interesaría también saber: ¿cuál ha sido el impacto del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Ha visualizado otros cambios en la Institución?

Vegetaciones (OTORRINOLARINGÓLOGO)

Ante la consulta de un paciente que se presenta a su consulta por sospecha de **hipertrofia adenoidea**:

- 1) ¿Cómo llega el paciente a su consulta? (por derivación de otro médico o por propia iniciativa)
- 2) ¿Cuánto tiempo estima que en la mutualista demoraron en darle hora para su consulta?
- 3) ¿Qué exámenes le realiza en la primera consulta? ¿Y qué exámenes paraclínicos le manda realizar?
- 4) ¿Cuánto tiempo estima que va a pasar entre el pedido de exámenes y el resultado de los mismos?
- 5) ¿Cómo se realiza la coordinación con otros especialistas (cardiólogo, anestesista) en caso de considerarla necesaria?
- 6) Todos los análisis o estudios que se debe realizar el paciente, ¿se realizan en la institución o en otros centros o instituciones?
- 7) ¿Existe algún mecanismo de control si el paciente no asiste a consulta o no se realiza los exámenes indicados? ¿Qué medidas se toman? (por ej: se lo

- llama por teléfono)
- 8) Cuando concurre el paciente ¿usted siempre cuenta con la historia clínica? ¿Se procede a actualizar la misma en base a la nueva información obtenida?
 - 9) ¿Considera que el tiempo que dispone para la atención del paciente es suficiente? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo estima que sería suficiente?
 - 10) ¿Cuánto tiempo estima que puede pasar desde que le indica la operación y la intervención propiamente dicha?
 - 11) Una vez confirmada la cirugía de la hipertrofia adenoidea, ¿cómo se realiza la coordinación de la intervención?
 - 12) ¿Existe alguna lista de espera? ¿Cómo se determina a quién se interviene primero?
 - 13) ¿Qué tipo de información se le brinda al paciente respecto a la operación en sí misma? ¿Qué indicaciones recibe el paciente respecto a su conducta previa a la intervención? (ayuno, medicación, higiene) ¿Quién brinda dicha información?
 - 14) ¿Existe algún programa o protocolo a seguir una vez confirmado el diagnóstico de la enfermedad? ¿Cuál?
 - 15) Respecto a su especialidad, nos interesaría también saber: ¿cuál ha sido el impacto del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Ha visualizado otros cambios en la Institución?

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS

- 1) En su institución, ¿la atención a los usuarios está centralizada o descentralizada? En el caso de estar descentralizada ¿tienen todos los servicios en los distintos centros? (especialistas, posibilidad de hacerle los mismos estudios). ¿Las actividades se agrupan según las especialidades médicas o según el tratamiento que requiera el paciente?
- 2) ¿Cómo se logra la coordinación entre las distintas unidades, en el caso de que un tratamiento requiera la intervención de distintas especialidades?
- 3) Los servicios de soporte (farmacia, registros médicos, enfermería) ¿dan apoyo a todas las unidades de la institución o cada unidad tiene un servicio de soporte propio?
- 4) Todos los análisis o estudios que se debe realizar el paciente, ¿se realizan en la institución o en otros centros?(para los procesos de control prenatal, seguimiento y cuidado de un paciente diabético y de un paciente a ser operado de vegetaciones)
- 5) ¿Existe algún mecanismo de control si el paciente no asiste a consulta o no se realiza los exámenes indicados? ¿Qué medidas se toman? (por ej: se lo llama por teléfono). ¿Llevan algún registro de esos pacientes?
- 6) En cuanto al control prenatal ¿existen en la institución datos sobre la cantidad promedio de ecografías que se realizan en el período? ¿y de la cantidad de embarazadas que se realizan controles en relación a las que no se controlan en el embarazo? ¿Existe algún protocolo de atención en particular?

- 7) ¿Existen datos acerca de la cantidad de diabéticos en el total de afiliados en la institución? ¿Ha habido un incremento en la población diabética en los últimos años? ¿Ha habido alguna variación en la mencionada población desde la puesta en marcha del SNIS en la institución? ¿Se tiene un control en cuanto a los medicamentos y a las tirillas que retiran estos pacientes?
- 8) En el caso de las adenoidectomías: ¿existen datos acerca de la cantidad de niños operados de vegetaciones en el total de la población infantil afiliada? ¿Cómo se realiza la coordinación de dicha operación? ¿En función de alguna lista de espera?
- 9) El SNIS apunta a la atención integral del paciente, priorizando el primer nivel de atención. ¿Esta institución ya aplicaba programas integrales de atención o comenzó a partir del nuevo sistema? ¿Siguen el protocolo de Control Prenatal establecido por el MSP o le han hecho alguna modificación que consideraron necesaria para un mejor aprovechamiento del mismo? En cuanto a los pacientes diabéticos: ¿se sigue alguna guía de atención o depende de cada paciente en particular?
- 10) ¿Qué cambios han tenido que implementar en la institución desde la puesta en vigencia del SNIS, para cumplir con las exigencias que establece? (por ej. más infraestructura, más especialistas)
- 11) Respecto a la información que deben presentar al MSP en referencia con la oficina de atención a usuarios, ¿las quejas que hacen los usuarios son distintas a las que hacían antes?, ¿cuáles son las más frecuentes?, ¿ha habido algún incremento en el número de quejas?
- 12) ¿Se ha visto un incremento de la población de afiliados proveniente del MSP? ¿Existe un registro de la composición (edad y sexo) de los nuevos afiliados?

AUTORIDAD DEL MSP (Economista Daniel Olesker)

- 1) ¿Qué resultados/logros se observan en las Instituciones Médicas a partir de la entrada en vigencia del SNIS?
- 2) ¿Qué se esperaba lograr y todavía no se ha podido?
- 3) ¿Han tenido dificultades en la implementación del SNIS? ¿Cuáles?
- 4) ¿Las Instituciones han puesto resistencias a ciertas exigencias? ¿A cuáles?