UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

ANÁLISIS CRÍTICO DEL CUESTIONARIO CCAENA UR © DEL PROYECTO EQUITY-LA II EN URUGUAY

PERCEPCIONES DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN SEXO Y GÉNERO DESDE LAS DIRECTRICES SAGER

Autora:
Lic. Luciana Piccardo

Tutor:
Mag. Fernando Bertolotto

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

Montevideo, 2021

Tabla de contenido

Introducción ……..3

Objetivos e hipótesis……..5

Objetivos Generales ……5

Objetivos específicos…… 5

Justificación de la Investigación……..10

Fundamentos Teóricos……..11

Teoría Critica y Género ……..13

Aportes de la perspectiva de Género ……15

Sexo y Genero en investigación ……..16

Continuidad asistencial……..18

Género y continuidad asistencial……19

Directrices Sager……20

Metodología……..21

Análisis……..29

Resultados de la etapa cuantitativa ……30

Resultados de la etapa cualitativa ……75

Discusión……90

Conclusiones y reflexiones finales……..102

Referencias Bibliográficas ……..109

Anexos ……120

Introducción

El presente trabajo de investigación corresponde a la elaboración de la tesis final de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria de Facultad de Enfermería perteneciente a Universidad de la República. El título de la investigación es Análisis crítico del cuestionario CCAENA UR © del Proyecto Equity-LA II en Uruguay (CCAENA UR ©, presentado en Anexo 1).Esta investigación surge en el marco de mis actividades como investigadora Jr. del proyecto Equity LA II en Uruguay, con interés en temas vinculados a la perspectiva de género en los problemas de salud y luego de participar de una instancia internacional de reflexión del proyecto, sobre la relativa sensibilidad de esta herramienta a la problemática estudiada. En este contexto, tomando la perspectiva de género, partiendo de estas reflexiones y considerando el interés de mejorar la sensibilidad de una herramienta validada y ampliamente utilizada a nivel internacional, con la autorización formal de los responsables del proyecto Equity LA II en Uruguay, se propuso en este trabajo responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo responde el cuestionario CCAENA UR © a los criterios que definen las investigaciones con enfoque de género?
- ¿Cómo puede el cuestionario CCAENA UR ©, mejorar su sensibilidad a las diferencias de percepciones de la Continuidad de la Atención según el género o sexo?

Para responder a estas preguntas se desarrolló un trabajo de análisis crítico de la sensibilidad del cuestionario CCAENA UR ©, utilizando como marco de referencia conceptual de la Teoría Crítica, la perspectiva de género y como herramienta de sistematización y análisis, una grilla elaborada según las Directrices SAGER. En esa perspectiva, en un primer momento se analiza el protocolo del proyecto de investigación

que utiliza el cuestionario; en un segundo momento, la estructura del propio cuestionario; y en un tercer momento se analiza la sensibilidad del cuestionario considerando una selección de los resultados de la encuesta realizada en 2015 a 845 usuarios de los servicios de la región Oeste de ASSE, considerando la significación de las diferencias de respuestas de mujeres y hombres.

El informe que se presenta sigue las pautas indicadas por el Centro de Posgrados para la Maestría considerada, y luego de la presente introducción, se organiza en los siguientes capítulos: 2. Objetivos e hipótesis 3. Marco teórico-conceptual o Fundamentos 4. Metodología 5. Resultados 6. Discusión 7. Conclusiones 8. Referencias Bibliográficas 9. Apéndice y Anexos

Palabras claves: Género y Salud, Continuidad de la Atención al Paciente, Directrices SAGER.

Objetivos e hipótesis

Objetivo General

Explorar la sensibilidad de lectura de la percepción de la Continuidad Asistencial desde la perspectiva de género, del cuestionario CCAENA UR ©, utilizando las Directrices SAGER.

Objetivos Específicos

1. Indagar el alcance de género del protocolo de investigación proyecto Equity LA II.

2. Explorar la sensibilidad de género del cuestionario CCAENA UR ©.

3. Describir la sensibilidad de género del cuestionario CCAENA UR ©, analizando los resultados de la encuesta realizada en 2015.

Enmarcado en este proceso de investigación bajo el tamiz de las directrices SAGER y planteando una lectura del instrumento CCAENA UR © surge la siguiente hipótesis alternativa de trabajo:

Al carecer de un fundamento conceptual preciso sobre dimensiones de género en la problemática de la Continuidad de atención, el instrumento no puede generar resultados significativos sobre el tema.

Justificación de la Investigación

Esta tesis surge y toma insumos del proyecto de investigación internacional *"Impacto de estrategias alternativas de integración sobre el desempeño de Redes de Servicios de Salud en diferentes Sistemas de Salud en América Latina"* (Equity LA II), de la cual la tesista formó parte entre julio de 2014 y marzo de 2018. Por eso se dedica aquí un capítulo especial para describir los nexos existentes entre ambos trabajos, que permitan justificar la importancia del trabajo propuesto y especificar cuáles son los aportes que dicha investigación brinda a esta tesis.

Aunque la tesis y el proyecto Equity LA II comparten el mismo marco teórico general de referencia, cabe destacar que para definir el problema de género en este trabajo, en la realización de este protocolo se procedió a una revisión crítica de los aspectos conceptuales relativos a la problemática de sexo y género, procediendo a una ampliación y profundización de los mismos, a partir de una actualización del estado del conocimiento sobre el tema, incorporando producciones científicas y conceptuales posteriores al material considerado originalmente (el protocolo de la investigación fue elaborado en 2011 y la encuesta realizada del 2015).

Al momento de planificar la investigación en el Consorcio de equipos que trabajaron el proyecto Equity LA II, se dio un debate interno sobre el relativo alcance de sus instrumentos para considerar la problemática de género; siendo que la misma está propuesta en el protocolo aprobado por la Comunidad Europea. Este debate quedó inconcluso y un trabajo como el propuesto en esta tesis intenta aportar nuevos elementos al mismo, cobrando relevancia su realización.

Por otro lado, de la lectura crítica del tema, que la tesista realiza, se argumenta lo siguiente: que la perspectiva de género ha sido integrada muy parcialmente y de manera

incipiente en el análisis de las políticas y de los servicios de salud; cuando existe incorporación se limita a considerar las necesidades asociadas a las diferencias biológicas de sexo. Escasamente se consideran las interacciones entre el sexo y variables no relacionadas con necesidades biológicas, tales como la cobertura, la autonomía en la toma de decisiones, la carga de responsabilidad familiar o los modelos de atención.

La decisión de colocar la perspectiva de género- como articulador de los otros aportes teóricos seleccionados-, se fundamenta en que, a la hora de analizar las interrelaciones existentes entre la percepción de la continuidad asistencial, la vivencia de la patología crónica y el uso de los servicios de salud, esta perspectiva pone en contraste, si existen; diferentes interacciones en las construcciones sociales de la enfermedad y las experiencias de utilización de los servicios de salud.

El proyecto Equity LA II, fue un proyecto colaborativo que se desarrolló en Brasil, Colombia, Argentina, Chile, México y Uruguay; financiado por la Comisión Europea, como Acción de Cooperación Internacional Específica (SICA), del Séptimo Programa Marco (7PM): Cooperación, Salud. En este proyecto se analizó la percepción que tienen profesionales de salud y usuarios, de la Coordinación Asistencial entre niveles de atención de redes públicas de salud.

La percepción de los usuarios se estudió a través del concepto de Continuidad Asistencial, a través de una encuesta que utiliza el cuestionario CCAENA UR ©. La encuesta de estudio de línea de base realizado en el año 2015, cuyos resultados fueron considerados en este trabajo, correspondió a un estudio transversal, mediante encuesta presencial con aplicación de un cuestionario estructurado con el objetivo de evaluar la percepción y experiencias de los pacientes con patologías crónicas sobre la continuidad de la atención entre niveles, consultados en los seis meses previos a la aplicación del instrumento por el

mismo motivo de salud, en las redes de servicios de salud de ASSE de la región Oeste (subredes del área Oeste Litoral y Oeste Centro).

La recogida de datos se efectuó entre mayo 2015 y febrero 2017.

El Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención (CCAENA©) adapta el marco conceptual de Reíd et al. y es el primero que evalúa de manera integral la continuidad de información, de gestión clínica y de relación, centrándose en la transición entre niveles asistenciales y evaluándola a partir de las experiencias concretas de los usuarios. Fue diseñado y desarrollado en el contexto del sistema de salud público catalán (España) y se divide en dos secciones: la primera reconstruye la trayectoria del paciente en los servicios de salud para un episodio específico y la segunda consiste en una escala con ítems tipo Likert que mide la percepción de los tres tipos de continuidad asistencial. La escala de la primera versión del cuestionario incluía 31 ítems, de los cuales se excluyeron dos después de una validación inicial en una prueba piloto con 20 usuarios La nueva versión se validó mediante una encuesta a 15 usuarios, y se excluyeron ocho ítems más. El análisis de sus propiedades psicométricas mostró que es un instrumento válido y fiable para medir la continuidad asistencial. El cuestionario CCAENA© tiene varias versiones adaptadas, muestran en cada una de esas adaptaciones a diferentes países y contextos adecuada validez y fiabilidad, manteniendo una alta equivalencia con la versión original planteada en España . [57] Es una herramienta útil y viable para evaluar la continuidad asistencial entre niveles asistenciales desde la perspectiva del usuario en ambos contextos.

A pesar de las múltiples adaptaciones y de su probada validez y confiabilidad no se describen en las publicaciones encontradas que dicho instrumento presente en su estructura una perspectiva de género.

La adaptación cultural y validación del cuestionario en Uruguay CCAENA UR ©, se realizó a partir de la revisión de literatura científica, discusión por expertos, aplicación de un pretest y una prueba piloto.

El cuestionario CCAENA UR ©, ya era una herramienta con registro la cual mediante un uso consensuado y previo la realización del piloto se adapta a la realidad de Uruguay sin desconocer las limitaciones que eso conlleva. Así mismo los tiempos de la investigación impedían una deconstrucción de la herramienta dado que existían otras prioridades en la investigación. La muestra la constituyeron 845 usuarios.

Es en este escenario la tesista planteó la necesidad de indagar sobre la perspectiva de género en los resultados de continuidad, dado que en el protocolo el proyecto Equity se propone considerar "la perspectiva de género", sin por ello problematizar y definir una orientación específica, que permita abordar el tema de manera sistemática, en particular en el cuestionario CCAENA ©. La incorporación del género en el protocolo del proyecto se planteó tomando en cuenta la política europea de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres; asegurando que los informantes y otras fuentes de información guarden un equilibrio a nivel de género.

La consideración de la dimensión de género del proyecto se basó en la estrategia de transversalidad de género de la Comisión Europea; promoviendo la igualdad de género tanto en los procesos de la investigación cómo en el contenido de la investigación. Se incorporó casi igual número de investigadoras e investigadores; en relación al contenido se propone atención a asuntos de género en la recolección de datos y el análisis; en la discusión de los datos desde una perspectiva de género se propuso contribuir al entendimiento de las diferentes percepciones de mujeres y hombres; teniendo en cuenta

las diferencias y cómo impactan en los efectos producidos para hombres y mujeres que surgen de los hallazgos y en las conclusiones.

Fundamentos teóricos

Teoría Crítica y Género

Para el proceso de análisis se toman elementos de la teoría crítica donde se define el pensamiento crítico como un método, analítico y auto reflexivo, con sustento teórico, donde se realiza una mirada crítica a ideologías y prácticas convencionales, incluyendo la vida cotidiana, los sistemas políticos, el método científico creador de conocimientos.[45] Para la Teoría Crítica, el mundo es complejo y jerárquico, dividido en grupos con intereses conflictivos. Las percepciones culturalmente construidas del mundo con frecuencia esconden su verdadera naturaleza. Esto es particularmente engañoso en relación con las relaciones de poder que gobiernan la existencia humana. La ideología no es tanto un mecanismo de apoyo a la represión sino como uno que legitima la distribución desigual del poder normativo.[45]

El movimiento feminista toma la teoría critica dado que examinar desde la perspectiva crítica y de género varios aspectos de la vida humana coadyuda con objetivos académicos de develar la opresión y la subordinación, analizando y planteando objetivos políticos de cambiar las desigualdades de género uniendo el conocimiento teórico académico con la acción política y práctica desde este enfoque. [45]

Para lo relativo a sexo y género que se entienden son determinantes importantes de la salud y el bienestar se encuentra una diversa e importante producción teórica conceptual.

Aportes de perspectiva de género

El presente estudio propuso incorporar la perspectiva de género en este proceso de explorar diferencias en la continuidad de la atención percibida por hombres y mujeres usuarios/as de las redes de estudio.

Género es una categoría cuya relevancia es reconocida en la construcción social de las experiencias individuales y colectivas en torno a los procesos de salud-enfermedad. Instala desigualdades en los resultados de salud y en la provisión y utilización de los servicios de salud[1,2,3]

La visión de la salud con perspectiva de género se entiende como imprescindible para el diseño e implementación de investigaciones en salud, no sólo por un imperativo ético de equidad, sino también porque el género condiciona el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios y la calidad y eficiencia de las prestaciones de salud[3,4,5,7,11]

Así mismo género, se refiere a los roles socialmente construidos, los comportamientos y las identidades de las mujeres, hombres y personas de diversidad de género [32]. Influye en la forma en que las personas se perciben a sí mismas y entre sí, cómo se comportan e interactúan y la distribución del poder y los recursos en la sociedad. El género se suele conceptualizar incorrectamente como un factor binario (hembra / varón). El concepto de género alude a lo que social y culturalmente se construye en torno al hecho de ser hombres y mujeres en una sociedad y un momento histórico determinados. Se trata de un constructo que, en torno a la diferenciación sexual, asigna a hombres y mujeres distintos roles, responsabilidades, comportamientos, espacios y formas de actuación en sociedad. Estos constructos se instalan como *naturales*, y son incorporados por las personas a través de procesos de socialización en los cuales participa la sociedad en su conjunto, a través

de sus instituciones y normas. El sexo se refiere a un conjunto de atributos biológicos en seres humanos y animales que están asociados con características físicas y fisiológicas incluyendo cromosomas, expresión genética, función hormonal y la anatomía reproductiva / sexual [32]. El sexo suele clasificarse como mujer o varón, aunque existe una variación en los atributos biológicos que constituyen el sexo y cómo se expresan esos atributos.

Por tanto, la descripción y el análisis separados por sexo se tienen en cuenta entendiendo la naturaleza del género como un concepto multidimensional.

Se tiene en cuenta la posible existencia de una interacción, de determinantes de la salud diferentes para los dos sexos dado las desigualdades biológicas y de género que explican diferencias en un amplio abanico de dimensiones de la salud entre hombres y mujeres.

En el caso de las mujeres, se puede citar el trabajo de cuidado de personas dependientes, que las mujeres asumen en el hogar y también la violencia de género en sus distintas formas, como ejemplos que impactan negativamente la salud mental de las mujeres, situaciones que explican parte de las brechas en salud mental entre ambos sexos. [6,7]

Por otra parte, las construcciones de masculinidad hegemónicas si bien otorgan poder a los hombres, también les privan de ciertas conductas protectoras y les ponen en riesgo, como por ejemplo de morir tempranamente producto de accidentes o violencia. [8,9]

Como categoría de análisis, el género, explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad. El conocimiento profundo de los factores que condicionan las

desigualdades de género relacionados con la salud, permite la realización de acciones tendientes a su eliminación o disminución. [22]

Otra arista relacionada con los patrones de género son las etapas del ciclo vital. La demarcación de dichas etapas se establece a partir de las características particulares que hay que enfrentar ante la vida, por la manifestación de las relaciones de género y su implicación en la salud en cada periodo. [23]

Las interacciones sexuales y de género influyen en la salud y el bienestar de diversas maneras. Ambos impactan los riesgos ambientales y ocupacionales, las conductas de riesgo, el acceso a la atención de la salud, la conducta de búsqueda de salud, la utilización de la atención sanitaria y la experiencia percibida con el cuidado de la salud. Además, es bien sabido que la farmacocinética y la farmacodinamia de los agentes farmacéuticos difieren entre los sexos, dando lugar a perfiles diferenciales de eventos adversos y afectando aún más los resultados del tratamiento. Así, el sexo y el género son determinantes críticos de la salud.

Las relaciones de género inciden y son afectadas por el modelo de atención en salud.

En la prevalencia de diversas enfermedades se revelan diferencias de género por tanto todo análisis en el contexto de salud debe integrar la dimensión de género para dar cuenta de la realidad de las desigualdades que enfrentan hombres y mujeres en la atención de salud. Teniendo en cuenta este análisis, se podrán evidenciar posibles inequidades de acceso a la salud, construir perfiles epidemiológicos de género y diseñar prácticas profesionales en salud con perspectiva de género[4.]

El análisis basado en sexo y género incorpora un marco que permite descifrar la realidad social a través de la epidemiología de las diferencias y promueve el desarrollo de

competencias profesionales para la interpretación desagregada de los problemas de salud[11,32] proporciona elementos teóricos y metodológicos para comprender la unión de lo biológico con lo social y aplicarlo a las situaciones de desigualdad en salud.

La investigación sobre las diferencias según sexo y de las desigualdades según género en salud debe tener en cuenta tanto a las mujeres como a los hombres y, siempre que sea posible, deben realizarse análisis separados para cada sexo para poder entender la naturaleza del género como un concepto multidimensional: social, cultural, psicológico, etc.[31]

Sexo y Género en Investigación

A pesar del reconocimiento de la importancia del sexo y el género en la mayoría de las áreas de investigación, persisten importantes brechas de conocimiento debido a la orientación general de la atención científica a una categoría de sexo o género y por un concepto erróneo. [33]

Asimismo, el término "brecha de género" se ha aplicado con mayor frecuencia a las mujeres, también debe tenerse en cuenta el beneficio que el análisis basado en el sexo y el género tiene para nuestra comprensión de la salud de los hombres. A pesar de la creciente representación de sujetos masculinos y femeninos en la investigación y la notificación de datos específicos de sexo y género, aun se necesitan más aportes en investigación[33.]

Continuidad Asistencial

Se define continuidad de la atención como el grado de coherencia y unión de la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo, se da como resultado de la coordinación entre profesionales, servicios y organizaciones en las que se asiste. Se identifican tres tipos de continuidad asistencial:

1) De información clínica, que es la percepción del usuario de la disponibilidad, la utilización y la interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales. Se compone de dos dimensiones: la transferencia y utilización de información y el conocimiento acumulado.

2) De gestión clínica, o percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones, explicada por dos dimensiones: la consistencia de la atención y la flexibilidad.

3) De relación, que es la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores, compuesta por dos dimensiones: el vínculo entre el paciente y el proveedor de salud y la estabilidad del personal que lo atiende.

La continuidad de relación hace referencia a un solo nivel, mientras que la continuidad de información y la continuidad de gestión hacen referencia a la interacción de los niveles asistenciales.

Para contribuir a la mejora de la continuidad asistencial es necesario evaluarla y monitorizarla.

Género, y continuidad asistencial

Respecto de aspectos de género que podrían intervenir en la continuidad de la atención, existe evidencia en relación a que las mujeres, debido a los roles de cuidado sobre la familia, los cuales incluyen la salud, suelen estar más próximas y manejar más información acerca de los servicios de salud que los hombres; además de ser más proclives al autocuidado y adherir mejor a tratamientos. Estas diferencias en conocimientos y habilidades entre mujeres y hombres pueden influir en las características y la calidad de las relaciones establecidas con los servicios de salud, y por tanto en la continuidad de la atención. [8,14, 15]

Por su parte los hombres, por su rol de proveedores, pueden tener dificultades de acceso a los servicios; aunque también las mujeres, por sus responsabilidades de cuidado y de trabajo en el hogar pueden estar disponibles para facilitar el acceso a la atención de otros/as pero no de ellas propias.[15]

Otro aspecto a tener en cuenta en el análisis es la menor disponibilidad de recursos económicos de las mujeres, lo cual podría condicionar, si se requieren recursos para acceder a los servicios, mayores dificultades de acceso a estos, y también a medicamentos u otras necesidades terapéuticas. [16]

Es importante recordar que ni uno ni otro grupo son homogéneos, por ejemplo, las mujeres que trabajan remuneradamente, al igual que los hombres en esa condición, pueden tener más dificultades de acceso a los servicios.

Desde el lado de la provisión de la atención también hay aspectos de género a considerar en la continuidad de la atención. Por ejemplo, diferencias en la satisfacción con la atención recibida dependiendo si se trata de un médico o una médica, con una mejor valoración de estas últimas lo cual podría influir en continuidad de la relación.[17]

En esa misma línea, también hay evidencias respecto de una respuesta diferenciada, denominada sesgo de género, en determinadas patologías. Por ejemplo, frente a síntomas de infarto al miocardio los hombres tienen mayores probabilidades de recibir atención especializada que las mujeres. Esto se explica debido a que la construcción de la morbilidad ha tenido un carácter androcéntrico,[18] a lo cual se añade una reacción diferenciada frente a los problemas de salud de los hombres y las mujeres, donde se atribuye mayor gravedad a los primeros y explicaciones de carácter subjetivo o emocional a las segundas. Otro ejemplo es la respuesta diferenciada frente a cuidadores hombres y cuidadoras mujeres, donde muchas veces prestadores refuerzan la distribución tradicional

de género de los roles de cuidado, aceptando mejor la interlocución con esposas, madres, hijas, hermanas, que con sus equivalentes masculinos.

Los indicadores de morbilidad y mortalidad según sexo también expresan desigualdades de género, de hecho, en las condiciones trazadoras, patologías crónicas, es posible observar diferencias en la prevalencia y complicaciones entre hombres y mujeres. [21]

Por ello resulta relevante el manejo de datos desagregados según sexo para la caracterización de las redes de estudio, en la medida en que los sistemas de información disponibles lo permitan, y luego en la selección de los indicadores que posibiliten la comparación del desempeño de las redes.

En síntesis, los aportes teóricos y evidencias sobre las desigualdades de género en este campo son relevantes para el análisis de resultados de investigación en continuidad, así como de efectos percibidos sobre la calidad de la atención en las redes de estudio.

Coordinación asistencial se define aquí como la concertación de todos los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común, sin conflictos. [6,11]

La integración asistencial se considera el más alto grado de coordinación [6].

Hay dos tipos interrelacionados de coordinación asistencial: de información y de gestión. La coordinación de información o la transferencia y uso de la información clínica del paciente necesario para coordinar actividades entre proveedores. Por lo tanto, para que exista una coordinación efectiva de la información clínica del paciente, solo su transferencia es insuficiente, también tiene que ser correctamente analizada y usada [6,11] [67-71]. La coordinación de información entre niveles asistenciales, ayuda a reducir la duplicación innecesaria de medicamentos y servicios médicos tales como exámenes

complementarios, medicamentos, drogas contraindicadas, etc. La coordinación de gestión asistencial es la provisión de atención en forma secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención en salud que es compartido por los diferentes servicios y niveles de atención en salud involucrados [6,11].

Directrices SAGER

Las interacciones sexo-género influyen en la salud y el bienestar de varias formas. Ambos afectan los riesgos ambientales y ocupacionales, los comportamientos de riesgo, el acceso a la atención médica, el comportamiento de búsqueda de atención médica, la utilización de la atención médica y la experiencia percibida con la atención médica, y por lo tanto, la prevalencia de la enfermedad y el resultado del tratamiento. En base a estos conocimientos en el año 2015 un panel de 13 expertas/os representantes de nueve países desarrollaron directrices mediante una serie de teleconferencias, presentaciones en conferencias y un taller de 2 días. De allí surgen las directrices SAGER así mismo se realizó una encuesta en Internet a 716 editoras/es de revistas, científicas/os y miembros de la comunidad editorial internacional, apoyadas en una búsqueda bibliográfica sobre políticas de sexo-género en publicaciones científicas. Se utilizaron como base para el diseño de las directrices SAGER Políticas, procedimientos y recomendaciones (Anexo 2), que están planificadas para promover la presentación sistemática de informes sobre sexo y género en la investigación. Las directrices proporcionan a los investigadores y autores una herramienta para estandarizar la presentación de informes sobre sexo y género en investigación y en publicaciones científicas, cuando sea apropiado. También están dirigidos a editores para utilizarlos como un instrumento práctico para evaluar un manuscrito de investigación y como un vehículo para aumentar la conciencia entre los autores y los revisores. No todos los ítems incluidos en las pautas de SAGER son factibles o aplicables a un estudio en particular. Por esta razón, se toman estas pautas a fin de

determinar si el sexo y el género son relevantes para el tema del estudio y, en consecuencia, seguir las directrices, cuando sea aplicable. Como principio general, las directrices de SAGER recomiendan el uso cuidadoso de las palabras sexo y género para evitar confundir ambos términos. En el título y resumen, si solo se incluye un sexo debería especificarlo. En relación a los métodos, los/las autores/as deberían informar de cómo se tuvieron en cuenta el sexo y el género en el diseño del estudio, si garantizaron una representación adecuada de hombres y mujeres, y justificar las razones de cualquier exclusión de hombres o mujeres. Vinculado a resultados, cuando corresponda, los datos deberían presentarse siempre estratificados por sexo y género. Los análisis basados en el sexo y de género deberán aportarse independientemente del resultado positivo o negativo. Discusión las posibles implicaciones de sexo y género en los resultados del estudio y en los análisis deberían ser discutidas. Si no se realiza un análisis según sexo y de género, debe argumentarse la razón. Los/las autores/as deberán discutir más a fondo las implicaciones de la falta de dicho análisis en la interpretación de los resultados.[32]

Por todo ello, este trabajo plantea la utilización de las directrices en la investigación de la continuidad asistencial y más precisamente en el cuestionario CCAENA-UR.

Metodología

Se trata de un estudio crítico de un instrumento de investigación, que combina técnicas de análisis cualitativas y cuantitativas.

Teniendo en cuenta la evidencia científica sobre la perspectiva de género y continuidad asistencial (revisión bibliográfica); el análisis crítico de la sensibilidad de género del cuestionario CCAENA-UR se realizó triangulando estos conocimientos por un lado con los resultados de su aplicación en el marco de proyecto EQUITY LA II (análisis cuantitativo); y por otro lado, analizando protocolo y el enunciado de las preguntas del formulario guiados por las directrices SAGER (análisis cualitativo).

Los resultados de estos análisis, nos llevaron a la formulación de observaciones y sugerencias susceptibles de mejorar la sensibilidad de género del instrumento.

Para el análisis cualitativo, se elaboró una grilla -matriz de datos- con categorías que permitieron reducir la complejidad del formulario CCAENA-UR, utilizando categorías que permiten relacionar los principales elementos del mismo, con las directrices SAGER.

El estudio cuantitativo (3er objetivo),se realizó mediante un análisis secundario de la base de datos anonimizadas, del proyecto EQUITY LAII considerando resultados de las encuestas a 845 usuarios de la región Oeste de ASSE en el año 2015-2017;(encuestas de percepción de la continuidad de atención, usuarios mujeres y hombres, mayores de 18 años, con al menos una patología crónica, que hubieran consultado en los últimos seis meses a dos niveles asistenciales, a médico general y médico especialista, en consulta externa, urgencias u hospitalización, por un mismo motivo -episodio agudo o crónico de enfermedad, problema de salud o dolencia-)

La unidad de análisis del estudio cuantitativo la constituye la base de datos anonimizada de los cuestionarios.

Objeto de Estudio

El Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención utilizado en Uruguay (CCAENA-UR®) fue elaborado a partir de dos cuestionarios previos desarrollados en el contexto del sistema de salud catalán [36], y posteriormente adaptados culturalmente y validados internacionalmente en el marco del proyecto Equity-LA I, para Colombia y Brasil[37] (Estas investigaciones estudiaron la relación de la continuidad asistencial con los problemas de equidad y barreras de acceso a la atención)

A partir de estos cuestionarios y de una revisión de la literatura existente hasta el momento, se realizó una primera versión del cuestionario a utilizar en Uruguay. Seguidamente se realizó un pretest con 5 entrevistas a usuarios que cumplían con los criterios de la población de estudio, con el fin de valorar la comprensión de las preguntas, el ritmo, la duración de la entrevista y otros posibles problemas en la aplicación del cuestionario. En base a los resultados del pre-test se incorporaron algunos cambios en el cuestionario: se reformularon los términos y las preguntas que eran difíciles de entender para los usuarios, (se hizo un esfuerzo por adecuar el lenguaje sin modificar el sentido de la pregunta). se añadieron y quitaron saltos de pregunta, se añadieron instrucciones para el entrevistador y se modificaron algunos aspectos del formato del cuestionario.

Con la nueva versión del cuestionario se realizó una prueba piloto para evaluar su comprensión y el proceso de aplicación, esta vez, en la red de servicios de ASSE del Departamento de Rio Negro. Se aplicaron 20 cuestionarios y se detectó una buena disposición de los entrevistados para responder al mismo; Aunque su contenido fue

considerado extenso, y en algunas partes generaba una impresión de ser repetitivo, provocando la disminución de la concentración y adherencia del usuario a medida que avanzaba su aplicación. Las preguntas abiertas de las escalas de Likert rompían el ritmo de la entrevista y algunas de ellas tenían que ser repetidas porque eran difíciles de entender. En base a estos resultados, se realizó un nuevo ajuste del formulario relación al contenido del cuestionario se detectó que era extenso y algunas partes eran repetitivas provocando la disminución de la concentración del usuario a medida que avanzaba la aplicación. Las preguntas abiertas de la escala rompían el ritmo de la entrevista y algunas de ellas tenían que ser repetidas porque eran difíciles de entender. En base a los resultados se realizó un nuevo ajuste del formulario (eliminación de preguntas, simplificación de la formulación de algunas otras y modificación de aspectos del formato), generando una nueva versión del cuestionario.

Se realizó un segundo pretest, con 3 entrevistas, para evaluar los cambios introducidos después del piloto. El resultado fue satisfactorio y se cerró así la versión definitiva del cuestionario.

Cabe destacar que en todo el proceso de adaptación y validación del instrumento por una razón de tiempos y de objetivos trazados en el protocolo, no se consideraron eventuales aportes para mejorar la sensibilidad de género al instrumento. Efectivamente, al tratarse de un estudio multicéntrico internacional desarrollado en 6 países de América Latina se debieron ajustar los trabajos a un cronograma general, y de la misma manera, fue necesario ajustar el instrumento de recogida de datos para asegurar la mejor comparabilidad posterior de los datos hallados en cada país. A pesar de estas dificultades se conformó un grupo de trabajo que abordo la temática de género en la continuidad asistencial no logrando un consenso; .Por lo que se mantuvo la versión del instrumento

aquí analizada, apostando a que la" perspectiva de género" del cuestionario podría generar informaciones suficientemente sensibles a las diferencias de género.

Consideraciones Éticas

Cabe señalar que el Proyecto Equity LAII conto con la doble validación internacional y a nivel de países participantes de la dimensión ética de la investigación. En Uruguay se tomó como referencia Ley Nro. 379/008, sobre investigaciones con seres humanos. Y se obtuvo el aval del comité de ética de la Facultad de Enfermería UDELAR. (dicho aval fue otorgado en diciembre 2018).

Análisis cuantitativo

La muestra del estudio Equity LA II fue calculada con el fin de asegurar la detección de una variación del 10% en la percepción de los pacientes sobre la continuidad de la atención entre fases y redes. El tamaño de la muestra se calculó con base a un poder del 80% (a=0.20) y un nivel de confianza del 95% (β= 0.05) en un contraste bilateral.

Entre los años 2015 de mayo y agosto del año 2017 se encuestaron un total de 837 usuarios y usuarias. Estos constituyeron el material de base para la etapa cuantitativa de esta investigación.

Para las variables estudiadas se conservan aquellas respuestas válidas, o sea, no se toman en cuenta los valores perdidos para realizar los cálculos estadísticos, esto repercute en el "n" de cada tabla. Luego de obtener los datos, se realizó un análisis descriptivo. Dichos datos fueron distribuidos en tablas de distribución de frecuencias, a través de frecuencias absolutas (N) y frecuencias relativas porcentuales (%). De los cuadros se seleccionan aquellos gráficos que son de mayor relevancia.

Cabe aclarar que el objeto de estudio es el instrumento CCAENA-UR ,en esta etapa se toman en estudio para el logro de los objetivos mediante su análisis los resultados cuantitativos de su aplicación en usuarios con patologías crónicas que se asisten en la red de servicios públicos de salud del primer y 2do. Nivel de atención de la red oeste de ASSE La base de datos cuantitativos se constituyeron de manera anónima quedando así constituidas en la base de datos de 837usuarios en la encuesta de 2015 -2017.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión utilizados fueron los del estudio siendo los mismos: usuarios mayores de 18 años, cursando una patología crónica, con una consulta realizada en ambos niveles de atención en los últimos 6 meses que aceptaran participar en de la investigación respondiendo a los encuestadores.

Recolección de datos

Los datos se recolectaron por parte de encuestadores, -estudiantes de grado de la Facultad de Enfermería - en la mayoría de los casos, que realizaban la entrevista aplicando el cuestionario CCAENA-UR previamente entrenados; en este proceso participó la tesista tanto en el proceso de talleres para su entrenamiento, como en la supervisión durante los años 2015-2017 que se realizó el trabajo de campo en toda la red oeste de ASSE.

Registro de información

De los cuestionarios recogidos a través de los encuestadores del Proyecto Equity LA II, se conforma una base de datos por parte del equipo investigador. De esa base de datos se exporta a una planilla excell las variables de interés para responder a los objetivos del estudio con el criterio de un análisis por sexo de las mismas.

Resultados de la etapa cualitativa

Para la investigación cualitativa se aplica una grilla de análisis de acuerdo a las recomendaciones de las directrices SAGER. Para preparar el análisis, se dispuso la información del cuestionario CCAENA-UR según los criterios de las directrices SAGER, organizado de modo que facilite su tratamiento. Se propuso entonces la elaboración de una grilla, para segmentar los fragmentos textuales del instrumento. La segmentación se realizó por ejes temáticos, de modo tal que se separen los fragmentos correspondientes a cada gran dimensión de análisis de acuerdo a SAGER. Para la definición de los ejes temáticos de la grilla. Los tópicos principales, han sido elaborados a partir de los interrogantes y objetivos de investigación, siendo los mismos que se necesitaron para la grilla, porque constituyen las pautas que vertebraron el análisis efectuado. En algunos casos, un ítem del instrumento podría ser subdividido en varios ejes temáticos de la grilla SAGER, o varios ítems de la guía de pautas confluir en un único eje temático de la grilla, pero en cualquier caso la relación será estrecha porque se trata de organizar el análisis producido a partir de ese instrumento de registro. Eventualmente, pueden emerger ejes temáticos no previstos, que pueden agregarse o servir para reorganizar los ejes existentes.

Su confección supuso el "copiado y pegado" de fragmentos textuales tanto del protocolo como del instrumento CCAENA-UR en las correspondientes intersecciones de ejes temáticos de las directrices SAGER.

Se comenzó trabajando dentro de cada dimensión temática en las que se segmentaron los apartados del instrumento. No se identifica algún fenómeno relevante dado el diseño del mismo, se elabora un concepto provisional que permita referirse a éste.

Análisis de la información y presentación de resultados

Para el análisis cualitativo, se realiza un análisis temático eje por eje mediante una grilla lo que permitió desarrollar a través de la teoría critica dicho análisis. Como el esquema teórico tiende a reducir la complejidad de la realidad para hacerla aprehensible, en ocasiones se pudo detectar que algunas categorías resultan demasiado rígidas y no se logra comprender la diversidad de fenómenos y ajustar los indicadores a la grilla SAGER. Cuando aparecieron registros para los que no resultaron adecuados los conceptos elaborados, se propuso realizar las modificaciones necesarias en el esquema teórico. El análisis temático es una oportunidad para cotejar el esquema teórico con los datos, evaluar su funcionamiento, subsanar omisiones y afinar detalles. Todo esto implico validar el esquema teórico, usarlo y ponerlo a prueba con los propios registros empíricos desde los cuales se generó.

.

RESULTADOS

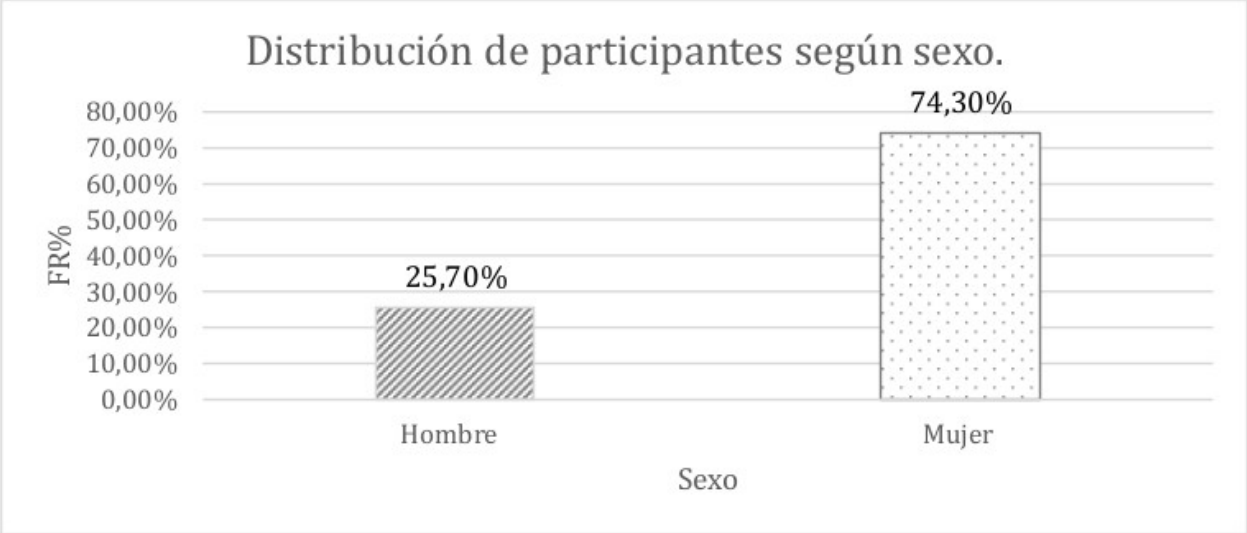
Desde la tabla 1 a la 12 se presenta la caracterización de la muestra estudiada, asi como la distribución de las variables sociodemográficas de la población de usuarios atendidos, adultos y adultas mayores, con patologías crónicas, diferenciado por sexo , en Servicios del 1er y 2do nivel de atención de ASSE en red oeste en Uruguay en el período de 2015 a 2017 de la tabla 13 a la 23 se seleccionaron algunas variables representadas mediante tablas y graficas que se consideran importantes para el análisis del cuestionario CCAENA –UR tomando insumos del análisis cuantitativo. Cabe destacar que en los cometarios de los gráficos se realiza un aporte donde se sugieren posibles cambios al apartado con indicadores para medir desigualdades de género y sus posibles determinantes, dichos indicadores se entienden poseen mayor sensibilidad y son más capaces de monitorizar las desigualdades de género en salud y sus determinantes en contextos como el nuestro. Se colocan el total de las tablas y gráficos realizados en anexos.Cabe destacar que los indicadores desagregados por sexo no siempre equivalen a indicadores con sensibilidad de género, la información desagregada por sexo indica si existen diferencias en la percepción de la continuidad asistencial entre mujeres y hombres o en una dimensión específica de la salud, mientras que los indicadores con sensibilidad de género son elaborados para observar las consecuencias en la salud del género como construcción social y, así, ayudar a comprender si la diferencia observada entre sexos en el estado de salud es el resultado de desigualdades o inequidades de género.

.

Tabla N° 1: Distribución de la población según sexo.

Sexo	FA	Total
Hombre	215	25.7%
Mujer	622	74.3%
Total	837	100

Grafica Nº 1: Características de la muestra estudiada según sexo.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en centros de atención de ASSE región Oeste; entre los año 2015 2017.

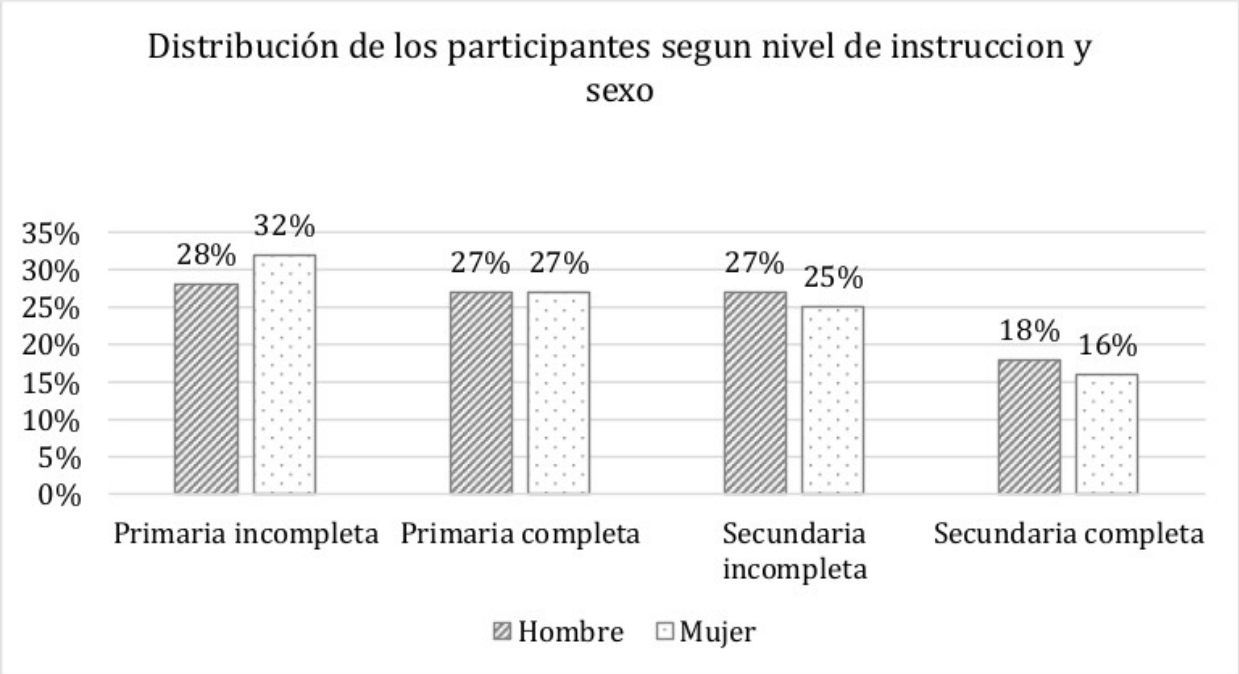
Comentario: Como se visualiza en la tabla Nº1, las personas encuestadas se caracterizan por estar mayoritariamente compuesta de mujeres (74,3%). Podría responder a una mayor demanda sanitaria de la población femenina, se sabe que esta demanda va a depender de factores tales como la edad, la localidad y la procedencia. Las mujeres representan más del 50% de la población de los Uruguay según el Instituto Nacional de Estadística censo 2011 realidad que se refleja en la muestra encuestada en los servicios de ASSE. En promedio las mujeres, sobreviven a los hombres (80,7 años frente a 74,8 años). Muchas enfermedades representan una carga más pesada para las mujeres que para los hombres (por ejemplo, enfermedades del corazón, cáncer, artritis reumatoide, lupus y osteoporosis). Las mujeres también dependen más de los sistemas médicos que los hombres y es probable que busquen tratamiento antes. En este sentido se sugiere agregar al cuestionario CCAENA-UR otras opciones al apartado como: Sexo asignado al nacer, Identidad de género, Orientación sexual.

Tabl a N° 2: Distribución de la población según sexo y nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Hombre	Mujer
Primaria incompleta	28%	32%
Primaria completa	27%	27%
Secundaria incompleta	27%	25%
Secundaria completa	18%	16%
Total	100%	100%

X-squared = 13.503
df = 2,
p-value = 0.001169

Grafica N° 2: Distribución de la población según sexo y nivel de instrucción



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en centros de atención de ASSE región Oeste; entre los años 2015 2017.

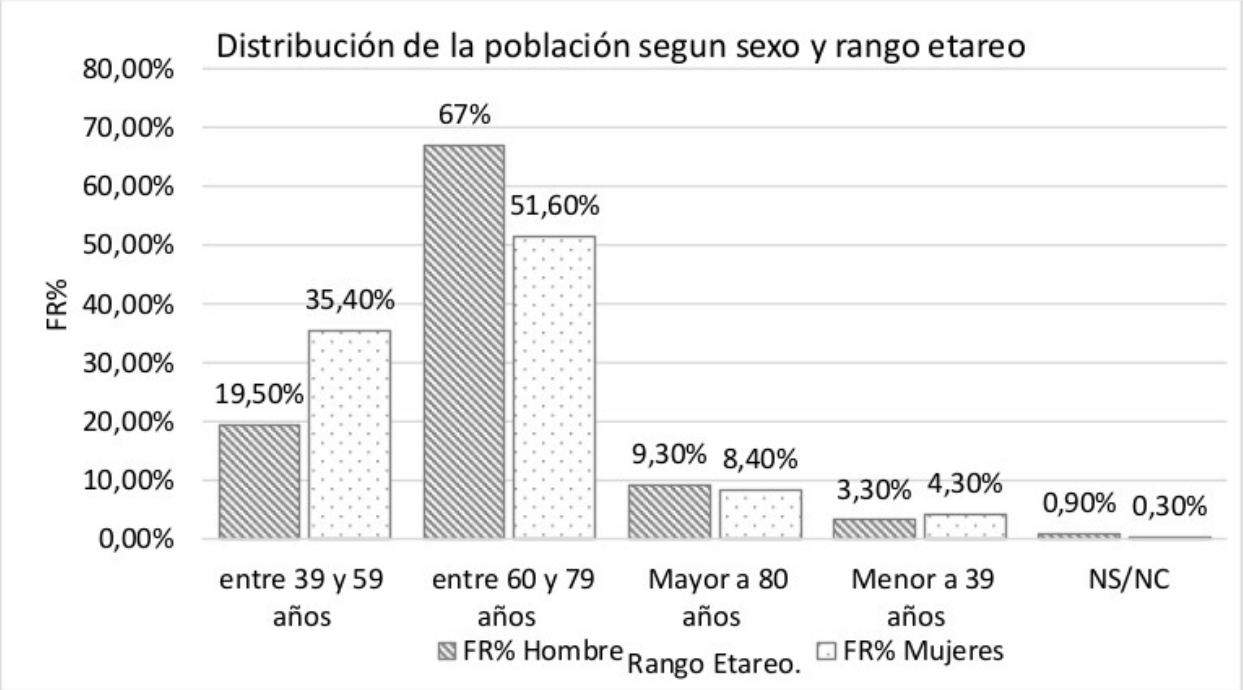
Comentario: Se observa un nivel de instrucción bajo tanto en hombres como en mujeres de la población encuestada. Este dato concuerda con lo planteado en la literatura publicada [59] en 2016 acerca de la tendencia de mayor instrucción en décadas pasada en los hombres realidad que ha venido cambiando en las últimas generaciones con un despegue sobre todo en educación terciaria en la población femenina. Esta sección del cuestionario CCAENA-UR no parece necesaria cambiarla.

TABLA Nº 3: Distribución de la población según sexo y rango etáreo

Rango etáreo	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
entre 39 y 59 años	42	19.50%	220	35.40%	262	31.30%
entre 60 y 79 años	144	67%	321	51.60%	465	55.60%
Mayor a 80 años	20	9.30%	52	8.40%	72	8.60%
Menor a 39 años	7	3.30%	27	4.30%	34	4%
NS/NC	2	0.90%	2	0.30%	4	0.50%
Total	215	1	622	1	837	1

p-value = 9.884e-05

Grafica Nº 3: Características de la muestra estudiada según sexo y rango etario



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

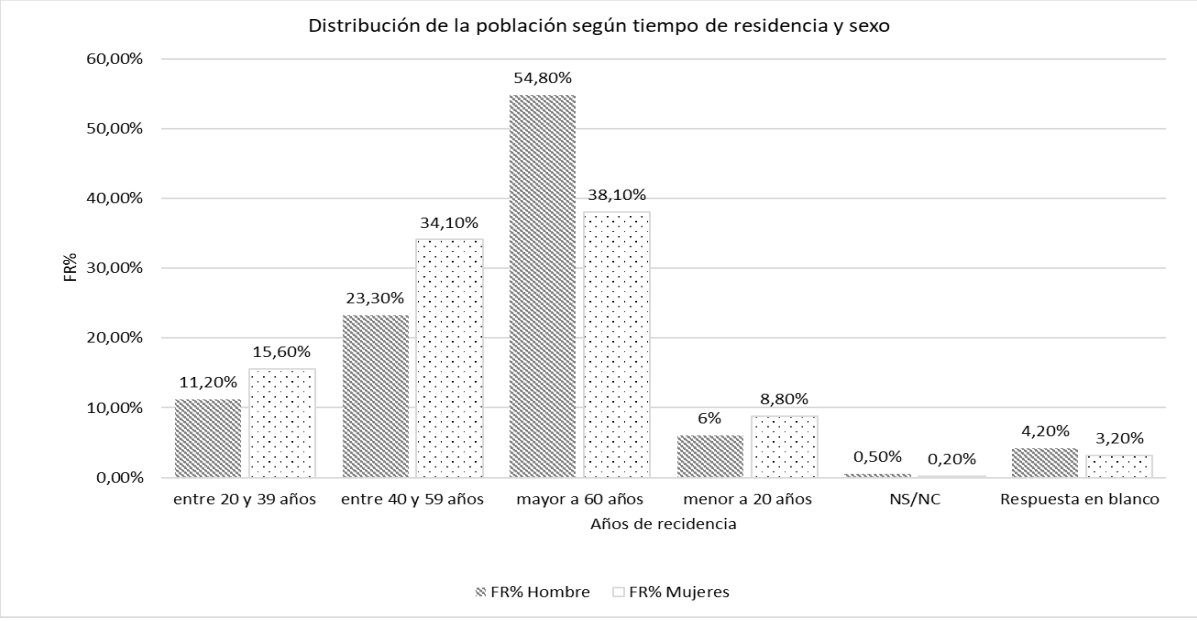
Comentario: Como se visualiza en la tabla Nº3, hay diferencias en cuanto a las edades de la población que se encuentra consultando en los servicios. La edad, en interacción con el

género, es uno de los más importantes determinantes de la salud. Podría traducir, no sólo las diferentes características físicas y psicológicas de las personas y las necesidades de atención en salud en cada grupo etario, sino también las distintas etapas por las que atraviesan mujeres y hombres a lo largo de todo el ciclo vital, con patrones muy diferentes para unas y otros en cada momento. Se destaca una mayoría de población en edad adulta y adulta mayor de mujeres. En esta sección del cuestionario CCAENA-UR parece necesario incluir indicadores de la estructura demográfica tales como edad media al matrimonio Edad al nacimiento del primer hijo/a Disoluciones matrimoniales Composición de la población por estado civil/situación marital Nupcialidad • Nupcialidad en la población que plantee estar separada/divorciada Dependencia de la población no activa respecto a la activa.

Tabla Nº 4: Características de la muestra estudiada según sexo y tiempo de residencia

Rango etario	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
entre 20 y 39 años	24	11.2	97	15.6	121	14.5
entre 40 y 59 años	50	23.3	212	34.1	262	31.3
mayor a 60 años	118	54.8	237	38.1	355	42.4
menor a 20 años	13	6	55	8.8	68	8.1
NS/NC	1	0.5	1	0.2	2	0.2
Respuesta en blanco	9	4.2	20	3.2	29	3.5
total	215	100	622	100	837	100

Grafica Nº 4: Características de la muestra estudiada según sexo y tiempo de residencia



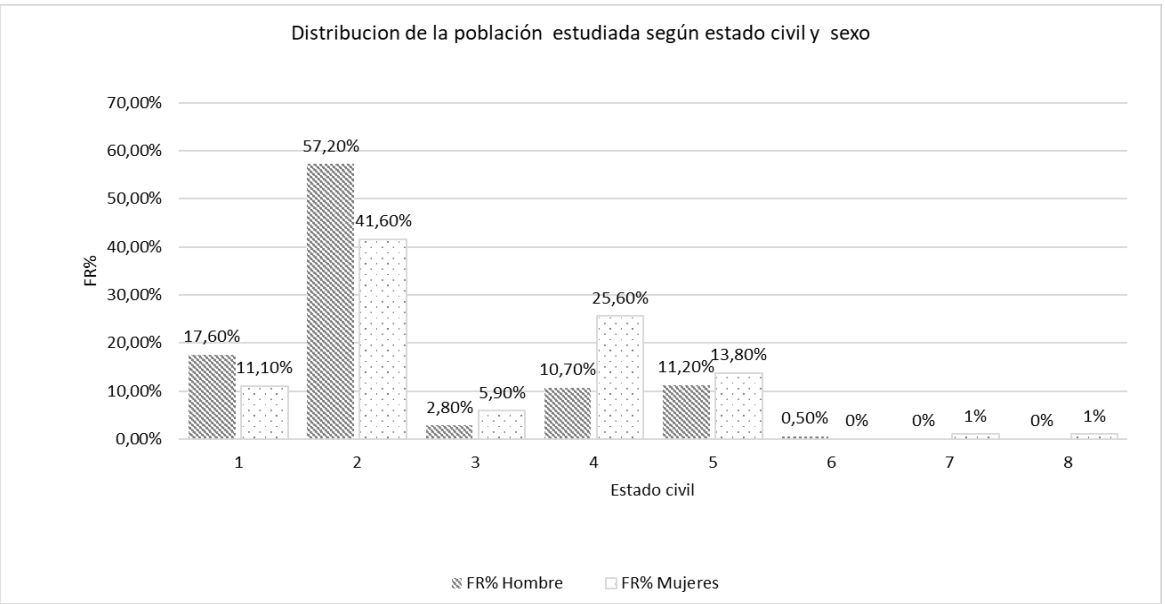
Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

Comentario: Como se visualiza en la tabla Nº4, la mayoría de los participantes corresponden al sexo femenino y son residentes de la zona de muchos años. En esta sección del cuestionario CCAENA-UR sería conveniente agregar la dimensión social y apoyo social con indicadores como Número de personas con las que convive diariamente (red social) Población que declara sentirse a gusto en su barrio o que refiere tener un/a vecino/a al que pueden pedir ayuda Existencia de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito vecinal Utilización de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito vecinal Existencia de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito familiar/de amistades ,participación en organizaciones sociales.

Grafica Nº 5: Características de la muestra estudiada según sexo y estado civil

estado civil	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
1	38	17.6	69	11.1	107	12.8
2	123	57.2	259	41.6	382	45.6
3	6	2.8	37	5.9	43	5.1
4	23	10.7	159	25.6	182	21.7
5	24	11.2	86	13.8	110	13.1
6	1	0.5	0	0	1	0.1
7	0	0	6	1	6	0.8
90	0	0	6	1	6	0.8
Total	215	100	622	100	837	100

Grafica Nº 5: Características de la muestra estudiada según sexo y estado civil



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

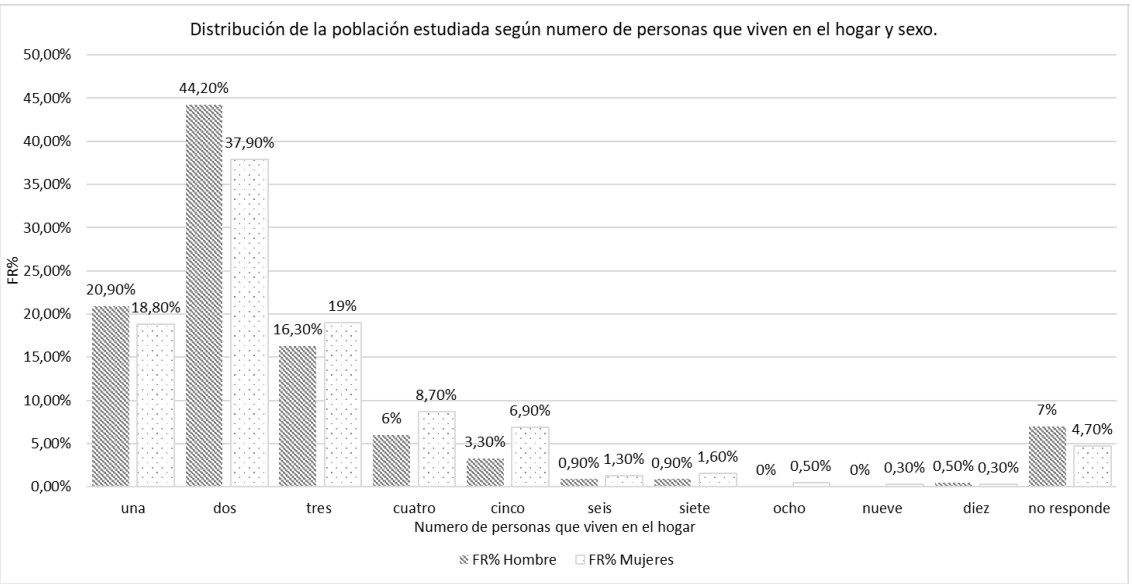
Comentario: Como se visualiza en la tabla Nº5, la mayoría de los participantes responden estar casados y en unión libre. En este sentido las familias en general transitan por diversas

trayectorias, particularmente las de tipo nuclear, marcadas por una serie de eventos que se inician con su constitución, el nacimiento de los hijos, la salida de los hijos del hogar, y las etapas de disolución. En cualquiera de las etapas mencionadas, los cambios en los arreglos familiares, puede ocurrir por separación, divorcio, migración o muerte. En el Uruguay de 4 parejas constituidas 1 de ellas es en unión libre mientras que las otras 3 son casamientos civiles[58]. En este aspecto se entiende conveniente desarrollar en este apartado del cuestionario CCAENA-UR hogares con parejas sin vínculo legal establecido, sin convivencia marital estable.

Tabla Nª 6: Características de la muestra estudiada según sexo y personas que conviven en el hogar.

número de personas en el hogar	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
Una	45	20.9	117	18.8	162	19.4
dos	95	44.2	236	37.9	331	39.4
tres	35	16.3	118	19	153	18.3
Cuatro	13	6	54	8.7	67	8
Cinco	7	3.3	43	6.9	50	6
seis	2	0.9	8	1.3	10	1.2
Siete	2	0.9	10	1.6	12	1.4
Ocho	0	0	3	0.5	3	0.4
Nueve	0	0	2	0.3	2	0.2
Diez	1	0.5	2	0.3	3	0.4
no responde	15	7	29	4.7	44	5.3
Total	215	100	622	100	837	100

Grafica Nº 6: Características de la muestra estudiada según sexo y número de personas que conviven en el hogar.



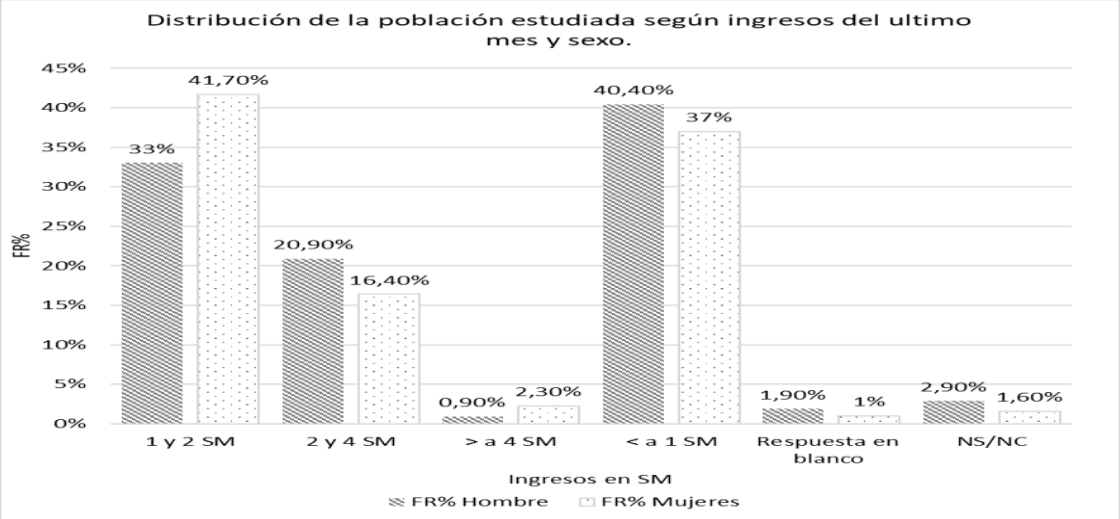
Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

Comentario: Como se visualiza en la tabla Nº6, un 20% de las personas encuestadas vive en un hogar monoparental, casi 1 de cada 2 personas vive en un hogar biparental en este caso esta realidad no se condice exactamente con lo encontrado en INE 2016 donde 1 de cada 5 hogares son unipersonales 1 de cada 3 hogares son del tipo biparental clásico, es decir donde los hijos son de ambos miembros de la pareja y un 5% de los hogares son recompuestos o reconstituidos. Esta información no se puede analizar dado que no se encuentra consignada como variable en el cuestionario CCAENA –UR se sugiere además en este apartado incorporar variables tales como: hogares con presencia de personas con discapacidad o limitación que requieren de atención, presencia de menores, por edad de menores, presencia de mayores de 64, por edad de mayores, relación de parentesco entre las personas que viven en el domicilio familiar.

Tabla Nª 7: Características de la muestra estudiada según sexo e ingresos percibidos en el último mes.

Ingresos en el último mes	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
1 y 2 SM	71	33	260	41.7	331	39.5
2 y 4 SM	45	20.9	102	16.4	147	17.6
> a 4 SM	2	0.9	14	2.3	16	1.9
< a 1 SM	87	40.4	230	37	317	37.9
NS/NC	6	2.9	10	1.6	16	1.9
TOTAL	215	100	622	100	837	100
		p-value = 0.07879				
		(Sin considerar las categorías NS/NC y Respuesta en Blanco)				

Grafica Nº 7: Características de la muestra estudiada según sexo e ingresos percibidos en el último mes.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

Comentario: Se puede observar que se trata de una población socialmente vulnerada:

con ingresos al hogar bajos (74,2% declaran que el ingreso del último mes no fue superior

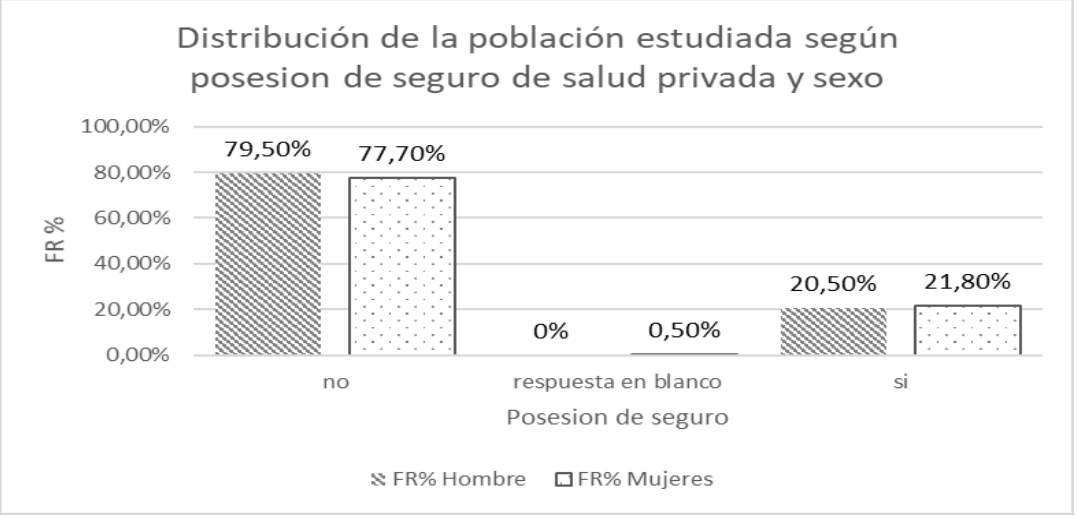
a 2 salarios mínimos) Estos datos muestran una situación de vulnerabilidad y pobreza

mayor a la media del país donde se encontró que 27% de las personas son pobres y 2% indigentes[58]. La literatura plantea que las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza(dato coincidente con lo reportado en la muestra estudiada) a lo largo de sus vidas debido, entre otras razones, a los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles de género adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar. [58] Con respecto al cuestionario CCAENA-UR sería conveniente además indagar sobre el origen de los ingresos de los hogares, según ingresos del hogar, población desempleada en el hogar según sexo del/la jefe de familia.

Tabla Nª 8: Características de la muestra estudiada según posesión de seguro de salud privado

Posesión de seguro de salud privado	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
No	171	79.5	483	77.7	654	78.1
respuesta en blanco	0	0	3	0.5	3	0.4
Si	44	20.5	136	21.8	180	21.5
Total	215	100	622	100	837	100

Grafica Nº 8: Características de la muestra estudiada según sexo y posesión de seguro de salud privado.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

Comentario: Se puede observar que se trata de una población, que en un 80% de los hombres no posee un servicio de atención privado observándose un porcentaje menor de mujeres que de varones en esta situación. Hallazgo que concuerda con lo publicado por

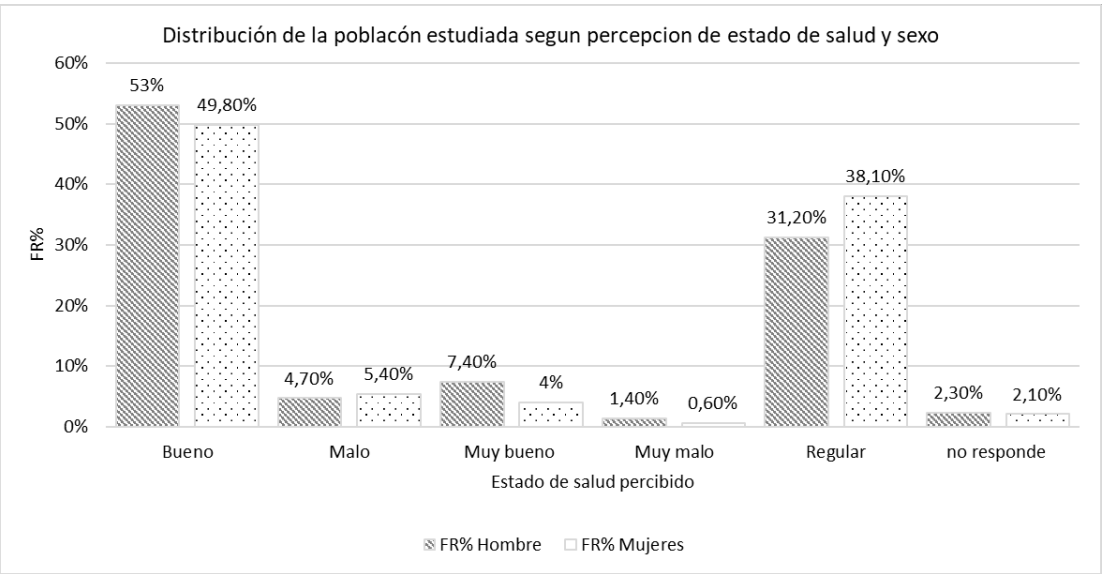
INE .[58] Si bien la categoría es sólo emergencia móvil, varones y mujeres presentan mínimas diferencias, las mujeres tienden más a afiliarse a una emergencia móvil. En lo que respecta a esta variable no se sugieren cambios en el instrumento CCAENA-UR.

Tabla Nº 9: Características de la muestra estudiada según sexo y estado de salud percibido.

Estado de salud percibido	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
Bueno	114	53	310	49.8	424	50.7
Malo	10	4.7	33	5.4	43	5.1
Muy bueno	16	7.4	25	4	41	4.9
Muy malo	3	1.4	4	0.6	7	0.8
Regular	67	31.2	237	38.1	304	36.3
no responde	5	2.3	13	2.1	18	2.2
Total	215	100	622	100	837	100

p-value = 0.1634

Grafica Nº 9: Características de la muestra estudiada según sexo y estado de salud percibido.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

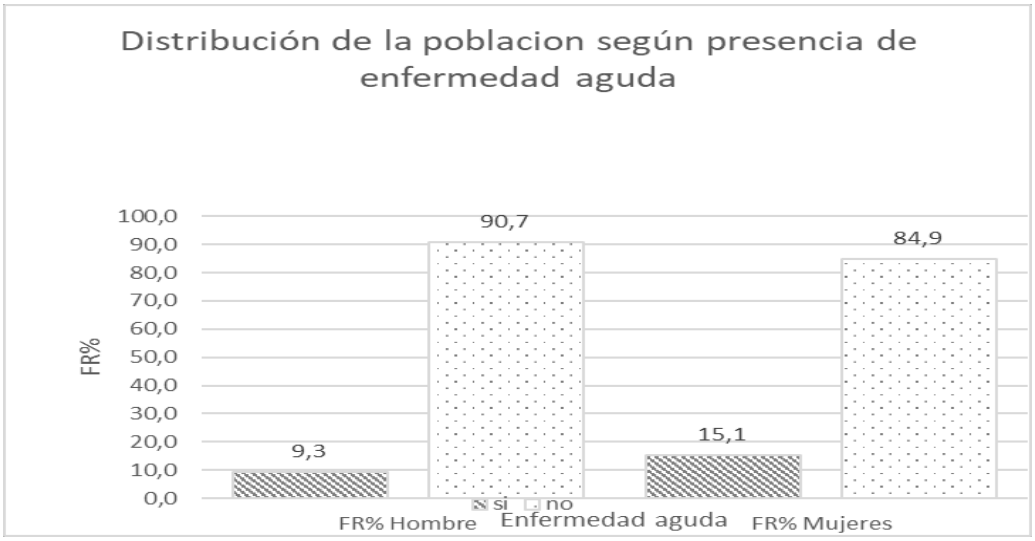
Comentario: La autopercepción del estado de salud es levemente mejor en hombres que en mujeres no siendo estadísticamente significativo. Esta autopercepción también esta descrita en el primer informe encuesta nacional de salud[59] si bien la tendencia se mantiene a una autopercepción entre buena y regular, los varones tienen una mejor percepción de su estado de salud que las mujeres.

En cuanto al instrumento CCAENA-UR se sugiere la incorporación de las siguientes variables: disposición y disfrute del tiempo libre y de ocio, percepción de la capacidad percibida de tener el control de la vida propia, percepción de la capacidad para llevar a cabo proyectos vitales propios.[61]

Tabla Nª 10: Características de la muestra estudiada según sexo y presencia de patología aguda.

Presencia de enfermedad Aguda	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
Si	20	9.3	94	15.1	114	13.6
No	195	90.7	528	84.9	723	86.4
Total	215	100	622	100	837	100

Grafica Nº 10: Características de la muestra estudiada según sexo y presencia de enfermedad aguda.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

Comentario: las mujeres expresan padecer más enfermedades agudas que los hombres. Existe evidencia publicada,[60]que plantea que Las mujeres tienden a ser afectadas por estas enfermedades agudas y crónicas enfermando más jóvenes que los hombres. Las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero con mayores discapacidades y padecimientos.[60.]

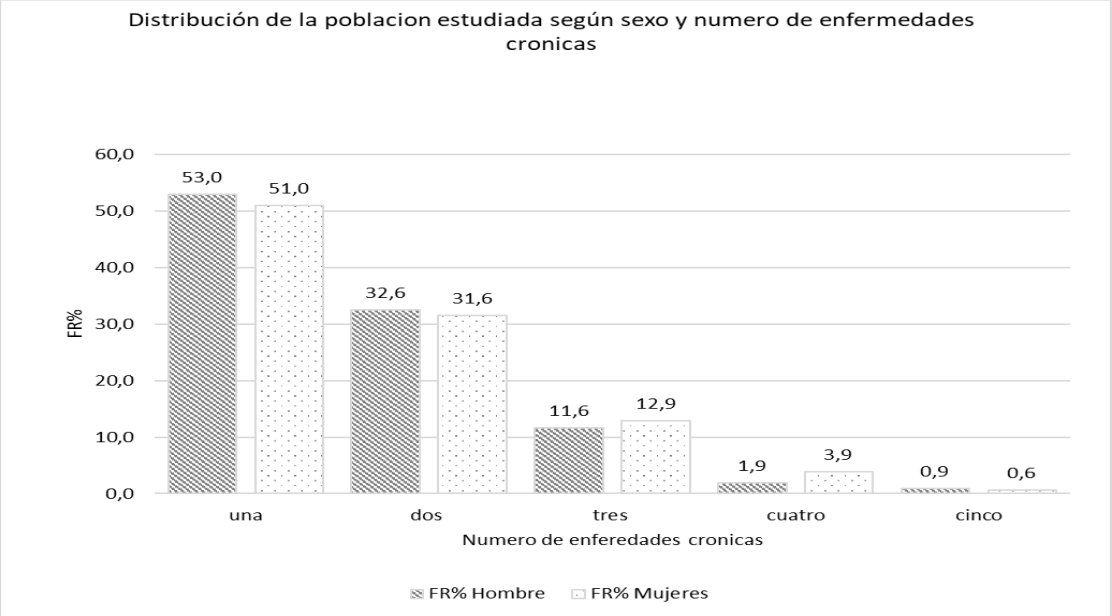
En cuanto al instrumento CCAENA-UR se sugiere la incorporación en este apartado de la siguientes variables : Edad de presentación de primera enfermedad crónica ,Problemas de salud mental diagnosticados ,Percepción de salud mental como mala o muy mala Prevalencia de cuadros de estrés y ansiedad, Prevalencia de cuadros de depresión Comportamientos suicidas o suicidios fallido.[61]

Tabla Nª 11: Características de la muestra estudiada según sexo y número de patologías crónicas

Número de patologías crónicas	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujeres	total	FR% totales
una	114	53.0	317	51.0	431	51.6
dos	70	32.6	196	31.6	266	31.8
tres	25	11.6	80	12.9	105	12.6
cuatro	4	1.9	24	3.9	28	3.3
cinco	2	0.9	4	0.6	6	0.7
total	215	100	621	100	836	100

p-value = 0.5906

Grafica Nº 11: Características de la muestra estudiada según sexo y número de patologías crónicas.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultas mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II en red oeste de ASSE Uruguay 2015-2017.

Comentario: Se puede observar que las mujeres padecen más pluripatologías que los hombres puede asumirse que coadyuda la mayor esperanza de vida de las mujeres y, por lo tanto, su mayor presencia en los grupos de edad más longevosEsto podría estar relacionado con los esquemas normativos en los que la masculinidad hegemónica tiene como consecuencia vulnerar la salud orientándolos a consultar menos en los servicios de salud. En cuanto al instrumento CCAENA-UR no se sugieren variables ni cambios en este apartado.

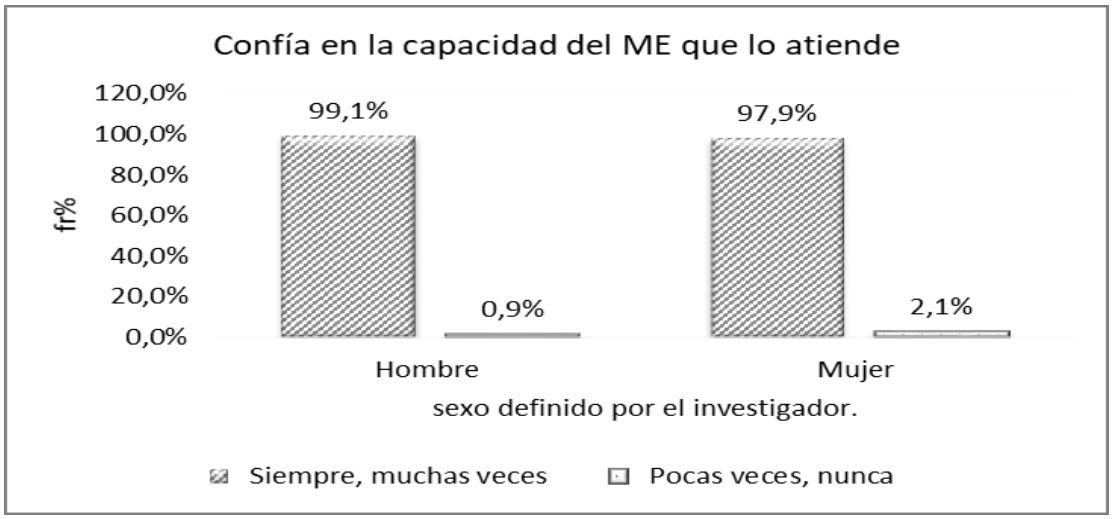
Tabla Nº 12: Características de la muestra estudiada según sexo y confianza en el médico que le atiende.

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	211	595	806
Pocas veces, nunca	2	10	12
Sum	213	605	818

Confía en la capacidad profesional del médico general que le atiende	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	99.1%	98.3%	98.5
Pocas veces, nunca	0.9%	1.7%	1.5
Sum	100	100	100

X-squared = 0.67274,
df = 1,
p-value = 0.4121

Grafica Nº 12: Características de la muestra estudiada según sexo y confianza en el médico que le atiende.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

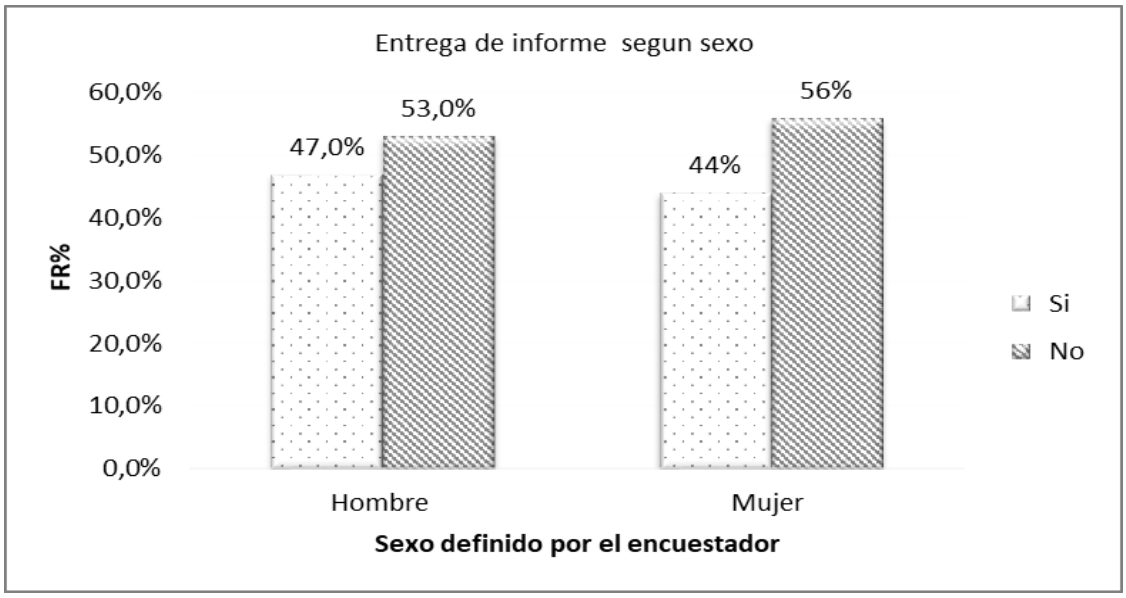
Comentario: No se observan diferencias significativas entre sexos en cuanto a la confianza en el profesional. El análisis de la relación entre el sexo del paciente y su confianza en la atención recibida está ausente en la mayoría de estudios[59], y normalmente la relación encontrada es inconsistente, generalmente los pacientes de ambos sexos manifiestan igual grado de confianza con la atención de los facultativos. En cuanto al cuestionario CCAENA-UR es necesario introducir otras variables que interactúan con el sexo y pueden aportar resultados significativos a su vez se sugiere la incorporación de variables tales como: Valoración de usuarios/as de la competencia profesional, Valoración de usuarios/as del funcionamiento de sistemas para el retiro de medicamentos, Número de reclamaciones realizadas en los servicios .

Tabla Nª 13: Características de la muestra estudiada según sexo y entrega de informe del médico que le atiende.

	Hombre	Mujer	Sum
Si	62	204	266
No	70	260	330
Total	132	464	596

	Hombre	**Mujer**	Sum
Si	**47.0%**	**0.44**	44.6
No	**53.0%**	**0.56**	55.4
Total	100	100	100
X-squared = 0.26359			
df = 1			
p-value = 0.6077			

Grafica Nº 13: Características de la muestra estudiada según sexo y entrega de informe del médico que le atiende.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentario: Podría decirse según algunos estudios [59] las médicas de atención primaria tienen un estilo de comunicación con sus pacientes más centrado en lo psicosocial que los médicos, a la vez que la mujeres expresan con frecuencia la preferencia por una médica para consultar problemas de índole psicosocial. Sin embargo, el sexo del paciente y el informe del profesional no muestran relaciones consistentes . No es posible comprender fenómenos tan complejos como éstos sin tener en cuenta que el género y la clase social son fundamentos de la identidad individual y social y, por tanto, condicionan las diversas formas de interactuar en la relación paciente-profesional[59].En este sentido en el instrumento CCAENA-UR se sugiere la variable sexo

del médico general hombre o mujer ,sexo del médico especialista ,en cuanto a la atención hay diferencias entre medico mujer y hombre .

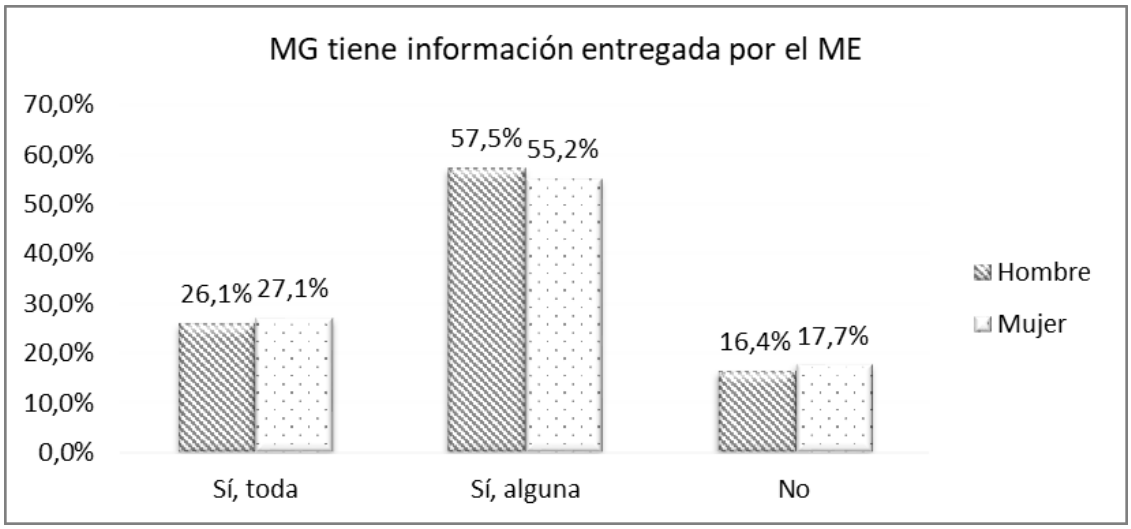
Tabla Nº 14: Características de la muestra estudiada según sexo y la información del médico que le atiende.

El médico general tenía información	Hombre	Mujer	Sum
Sí, toda	35	125	160
Sí, alguna	77	255	332
No	22	82	104
Sum	134	462	596

El médico general tenía información	Hombre	Mujer	Sum
Sí, toda	26.1%	27.1%	26.8
Sí, alguna	57.5%	55.2%	55.7
No	16.4%	17.7%	17.4
Sum	100.0%	100.0%	100

X-squared = 0.23533
df = 2
p-value = 0.889

Gráfico Nº 14: Características de la muestra estudiada según sexo y la información del médico que le atiende.



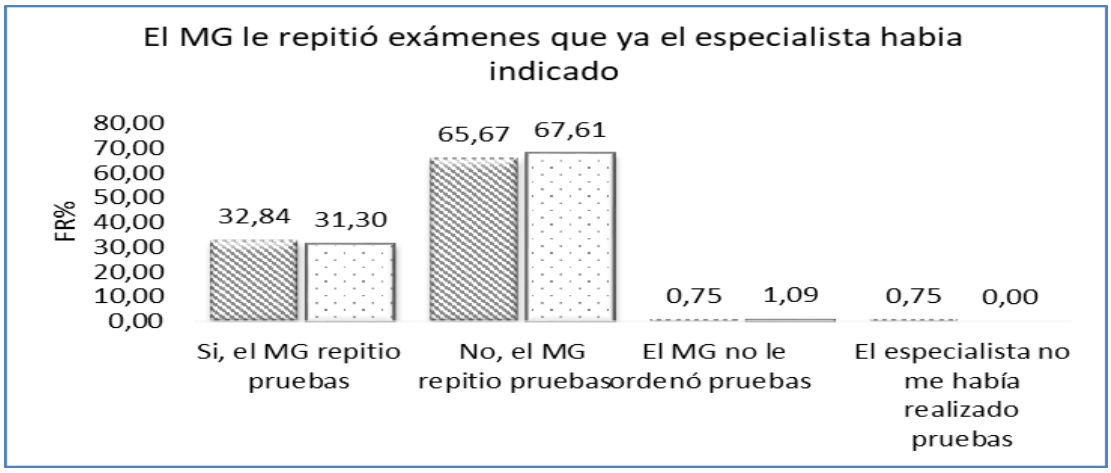
Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentario: En esta tabla no hay asociación entre el sexo y la percepción de la información que posee el medico enviada por el especialista. Claramente hay aún mucho por discutir respecto del rol que deben tener los médicos generalistas en los modelos de atención del primer nivel en coordinación con las especialidades y las subespecialidades del segundo y tercer nivel en el sistema público, considerando que, por lo pronto, luego de ser derivado al especialista se considera necesario que haya una devolución de la información hacia el médico generalista. En este apartado no se considera hacer aportes para incluir cambios en el instrumento de CCAENA-UR

Tabla Nª 15: Características de la muestra estudiada según sexo y médico general le repitió algún examen.

El médico general le repitió algún examen	Hombre	Mujer	TOTAL
Si, el MG repitió pruebas	32.84	31.30	188.17
No, el MG no repitió pruebas	65.67	67.61	67.17
El MG no le ordenó pruebas	0.75	1.09	1.01
El especialista no me había realizado pruebas	0.75	0.00	0.17
TOTAL	100	100	100

Gráfico Nº 15: Características de la muestra estudiada según sexo y el médico general le repitó algún examen.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentario: En más de la mitad de la muestra el médico generalista no repitió pruebas de laboratorio, son repetidas en un tercio de la muestra sin existir diferencias significativas para hombres y mujeres. Esta realidad puede responder a una fragmentación en la atención de los servicios. Dicha fragmentación de los servicios se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles. Algunos ejemplos concretos incluyen repeticiones innecesarias de la historia clínica y de las pruebas diagnósticas. En este apartado se sugiere incluir en instrumento CCAENA-UR variables que interroguen cual puede ser la realidad desde una perspectiva de género por ejemplo: controles anuales en programa de control de crónicos, frecuencia de utilización de servicio sanitario (centro de salud u hospital) por un problema de salud propio, frecuencia de utilización de servicio

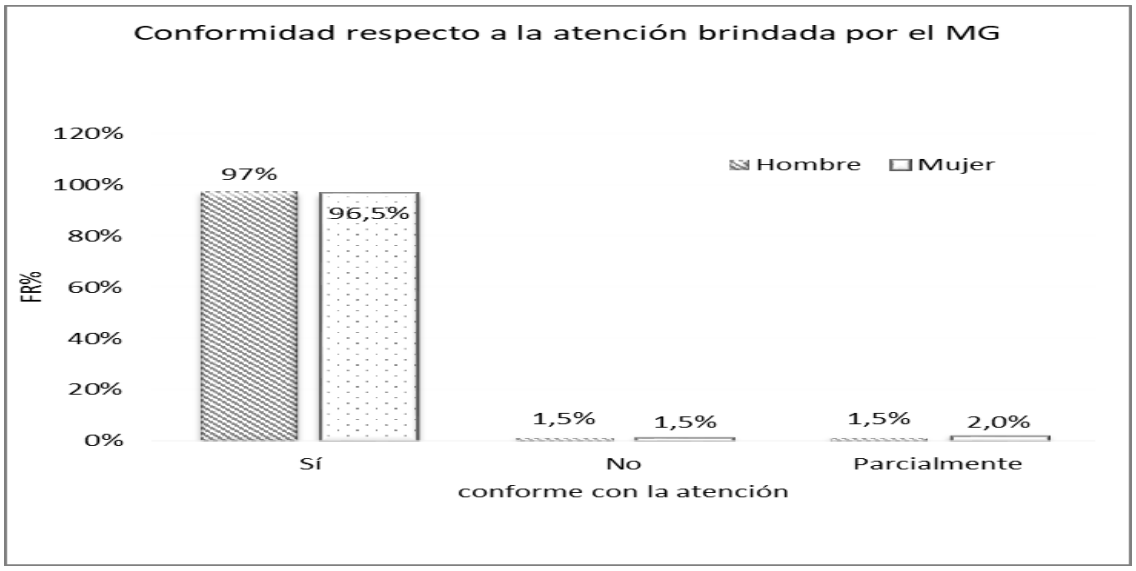
sanitario (centro de salud u hospital) por un problema de salud de otra persona, acude a actividades preventivas de salud organizadas por los centros de atención primaria.[61]

Tabla Nª 16: Características de la muestra estudiada según sexo y conformidad con la atención brindada

Se sintió conforme con la atención brindada	Hombre	Mujer	Sum
Sí	130	444	574
No	2	7	9
Parcialmente	2	9	11
Total	134	460	594

Se sintió conforme con la atención brindada	Hombre	Mujer	Sum
Sí	97%	96.5%	96.5%
No	1.5%	1.5%	1.5%
Parcialmente	1.5%	2.0%	1.9%
Total	100	100	100

Gráfico 16: Características de la muestra estudiada según sexo y conformidad con la atención brindada



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentarios: En esta variable no hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la satisfacción con la atención recibida. Esta información no difiere de la literatura consultada que plantea que a mayor edad y mayor morbilidad existe una mayor satisfacción con la atención recibida. [58] Encontramos en reporte INE [60] que las mujeres plantean menor satisfacción vinculada a la atención recibida dato que concuerda con lo hallado en la muestra encuestada. En lo que respecta al instrumento CCAENA-UR se sugiere incorporar variables tales como: valoración de usuarios/as de la efectividad de los servicios sanitarios, valoración de usuarios/as de la seguridad de los servicios sanitarios valoración de usuarios/as del funcionamiento de sistemas para el retiro de medicamentos satisfacción de usuarios/as con el trato recibido.

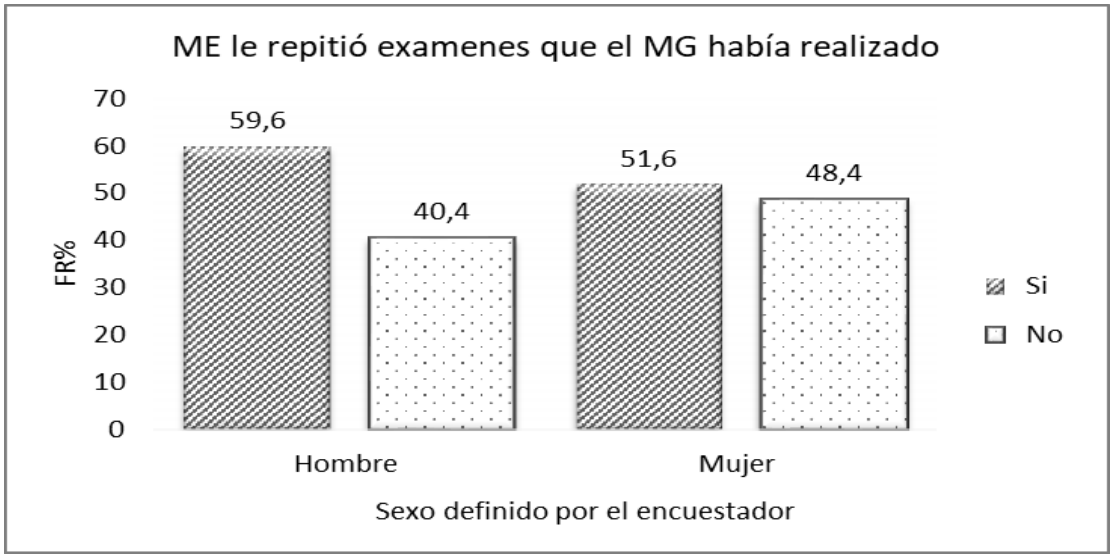
Tabla Nª 17: Características de la muestra estudiada según sexo y la repetición de exámenes

	Hombre	Mujer	Sum
Si	81	232	313
No	55	218	273
No le ordenó pruebas	5	10	15
El MG no le había realizado pruebas	1	7	8
No aplica	70	151	221
Total	215	622	837

El especialista le repitió algún examen que ya le había realizado el médico genera	Hombre	Mujer	Sum
Si	59.6	51.6	53.4
No	40.4	48.4	46.6
Total	100	100	100

X-squared = 2.3763
df = 1
p-value = 0.1232

Grafica Nª 17: Características según sexo y la repetición de exámenes por ME



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentarios: En la gráfica se observa que existe un porcentaje mayor de hombre que desde su percepción el médico general les repite los exámenes ,aunque no es estadísticamente significativo ,podría explicarse desde la perspectiva de género que esta repetición se da por un atraso en los periodos de consultas de hombres con respecto a las mujeres que consultan con mayor frecuencia y tienen mejor autocuidado que los hombres .Así mismo el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas requiere de una mayor integración entre el cuidado del primer nivel de atención y el de especialidad. En lo que respecta a la solicitud de exámenes duplicados por parte de los especialistas podría dar cuenta también de una fragmentación de los servicios. En este apartado se sugiere incluir en el instrumento CCAENA-UR variables que interroguen cual puede ser la realidad desde una perspectiva de género por ejemplocontroles anuales con especialista, frecuencia de utilización de servicio con atención de especialistas (centro de salud u hospital) por un problema de salud propio, frecuencia de utilización de consulta con especialista para familiares (centro de salud u hospital).

Tabla Nª 18: Características de la muestra estudiada según sexo y problemas para conseguir hora con el especialista.

Tuvo problema para conseguir hora con el especialista	Hombre	Mujer	Sum
Si	24	69	93
No	95	324	419
Total	119	393	512

Tuvo problema para conseguir hora con el especialista	Hombre	Mujer	Sum
Si	20.2%	17.6%	18.2%
No	79.8%	82.4%	81.8%
Sum	100	100	100
X-squared = 0.26163			
df = 1			
p-value = 0.609			

Grafica Nª 18 Características de la muestra estudiada según sexo y problemas para conseguir hora con el especialista.

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

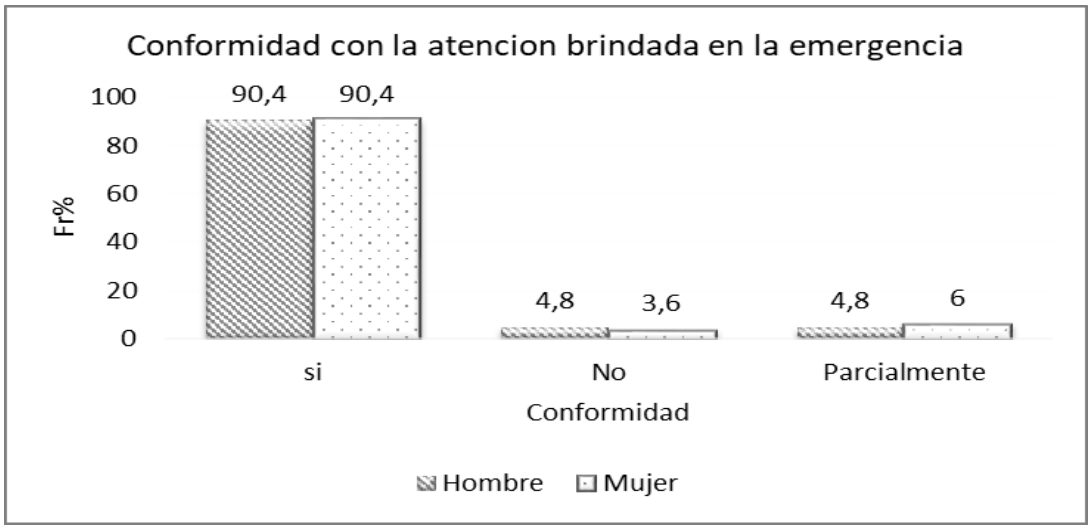
Comentario: Según la percepción de la población encuestada en un 80% no presentaron dificultad para el acceso a los especialistas, esta información se contradice con la búsqueda bibliográfica que plantea que la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios, siendo ejemplos puntuales la demanda reprimida, las listas de espera, las derivaciones tardías a especialistas .En lo que respecta al cuestionario CCAENA-UR se puede sugerir en este apartado la incorporación de variables tales como barreras de acceso (económico-financiero, organizativo-funcional, geográfico, limitaciones físicas y la utilización de artefactos para el desplazamiento. Así mismo se considera oportuno la incorporación de la variable Especialidades Médicas Básicas, Especialidades Médicas no Quirúrgicas, Especialidades Médicas quirúrgicas.

Tabla Nª 19: Características de la muestra estudiada según sexo y la conformidad brindada en la emergencia.

Conformidad con la atención brindada en la emergencia	Hombre	Mujer	Sum
si	90.4	90.4	90.4
No	4.8	3.6	3.8
Parcialmente	4.8	6	5.8
Sum	100	100	100

X-squared = 0.10368
df = 2
p-value = 0.9495

Grafica Nª 19: Características de la conformidad con la atención brindada en emergencia según sexo



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentarios: al momento de la encuesta no se encontraron diferencias en cuanto a la satisfacción en la atención brindada en la emergencia en hombres y mujeres. En la literatura se encuentran publicaciones que relatan diferencias en la satisfacción donde las mujeres en general se encuentran más satisfechas con la atención recibida lo cual guarda relación con igual predominio de las mujeres que asisten al Servicio de Urgencia.[60] En lo que respecta al cuestionario CCAENA-UR se sugiere en este apartado la incorporación de la siguientes variables: valoración de usuarios/as de la efectividad del servicio de emergencias, valoración de usuarios/as de la seguridad de los servicios de emergencias ,valoración de usuarios/as de la accesibilidad a los servicios de emergencias, valoración de usuarios/as de la competencia profesional del equipo en emergencias, valoración de usuarios/as del funcionamiento de sistemas para solicitud de citas luego de la consulta en

emergencias, valoración de usuarios/as del funcionamiento de sistemas para el retiro de medicamentos indicados por servicios de emergencias, valoración de usuarios/as de la información recibida en emergencias , valoración de usuarios/as de la adecuación y esfuerzo diagnóstico durante la consulta en emergencias, valoración de usuarios/as de la adecuación y esfuerzo terapéutico en emergencias, número de reclamaciones realizadas en los servicios de emergencias, satisfacción de usuarios/as con el trato recibido en emergencias, satisfacción de usuarios/as con el acceso a los servicios de emergencias.

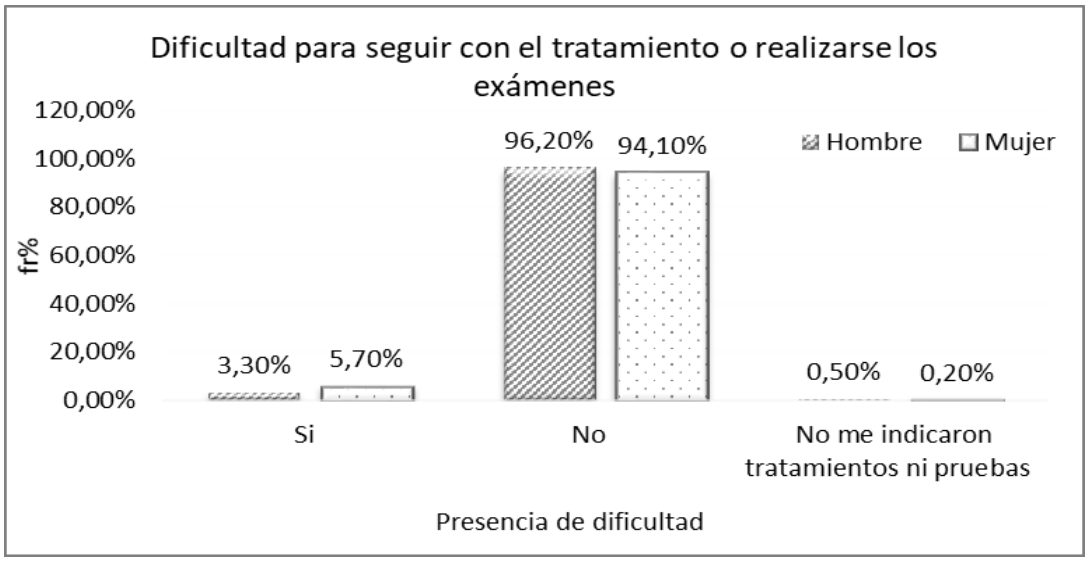
Tabla Nª 20: Características de dificultad para la realización de pruebas y exámenes según sexo

	Hombre	Mujer	Sum
Si	7	35	42
No	205	580	785
No me indicaron tratamientos ni pruebas	1	1	2
Sum	213	616	829

Dificultad para seguir con el tratamiento o realizarse los exámenes	Hombre	Mujer	Sum
Si	3.3	5.7	5.1
No	96.2	94.1	94.7
No me indicaron tratamientos ni pruebas	0.5	0.2	0.2
Sum	100	100	100

X-squared = 2.4844
df = 2
p-value = 0.2888

Grafica Nª 20: Características de dificultad para la realización de pruebas y exámenes según sexo



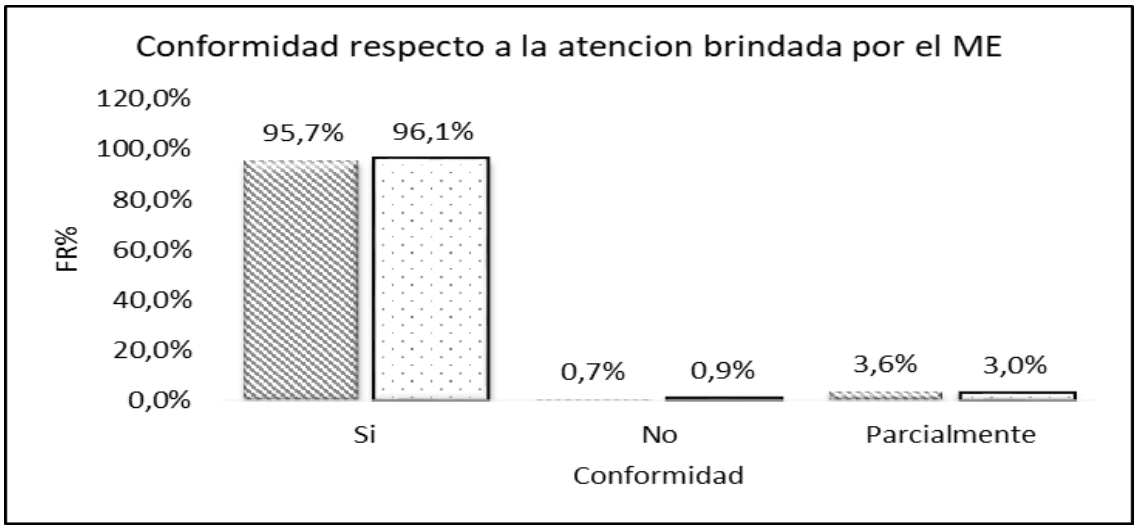
Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA

Comentarios: Si bien no hay una diferencia significativa al momento de tener dificultades para la realización de los exámenes y continuar con los tratamientos hay un número mayor en las mujeres que declara presencia de dificultades al momento del acceso a exámenes. Esta información coincide con lo publicado [58] donde se observa que un porcentaje mayor de las mujeres presenta limitaciones en relación a los hombres. En cuanto al instrumento CCAENA-UR se considera necesario indagar sobre: hogares que tienen al menos una persona que no puede realizar una actividad de su vida diaria , personas dependientes en el domicilio ,niños menores a cargo.

Tabla Nª 21: Características de conformidad con la atención brindada por el especialista en ocasión de su consulta y sexo.

Se sintió conforme con la atención brindada por el especialista en ocasión de su consulta	Hombre	Mujer	Sum
Si	95.7%	96.1%	96
No	0.7%	0.9%	0.8
Parcialmente	3.6%	3.0%	3.2
Sum	100	100	100

Grafico Nª 21: Características de conformidad con la atención brindada por el especialista en ocasión de su consulta y sexo.



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

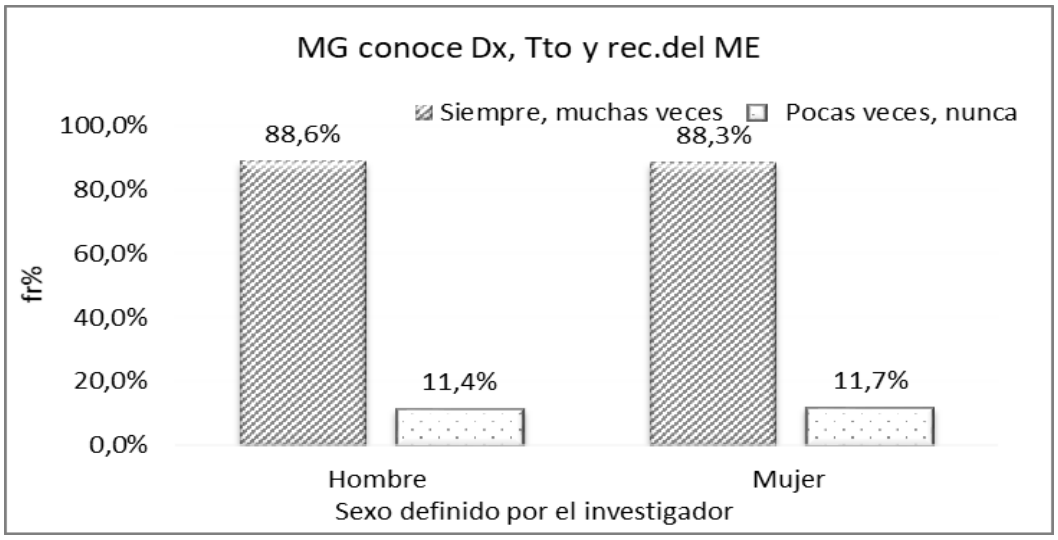
Comentario: La satisfacción general con los servicios de ASSE es alta, dato que coincide con lo hallado donde más de un 95% de la población encuestada refiere estar conforme con la atención recibida. No se encontraron diferencias significativas en la percepción

entre hombres y mujeres. En cuanto al cuestionario CCAENA-UR no se sugiere la incorporación en este apartado de variables.

Tabla Nª 22: Características de MG conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los ME le han dado y sexo.

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	186	528	714
Pocas veces, nunca	24	70	94
Sum	210	598	808
El MG conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los ME le han dado.	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	88,6%	88,3%	88,4
Pocas veces, nunca	11,4%	11,7%	11,6
Sum	1	1	100
X-squared = 5.1664e-31			
df = 1			
p-value = 1			

Grafico Nª 22: Características de MG conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los ME le han dado y sexo



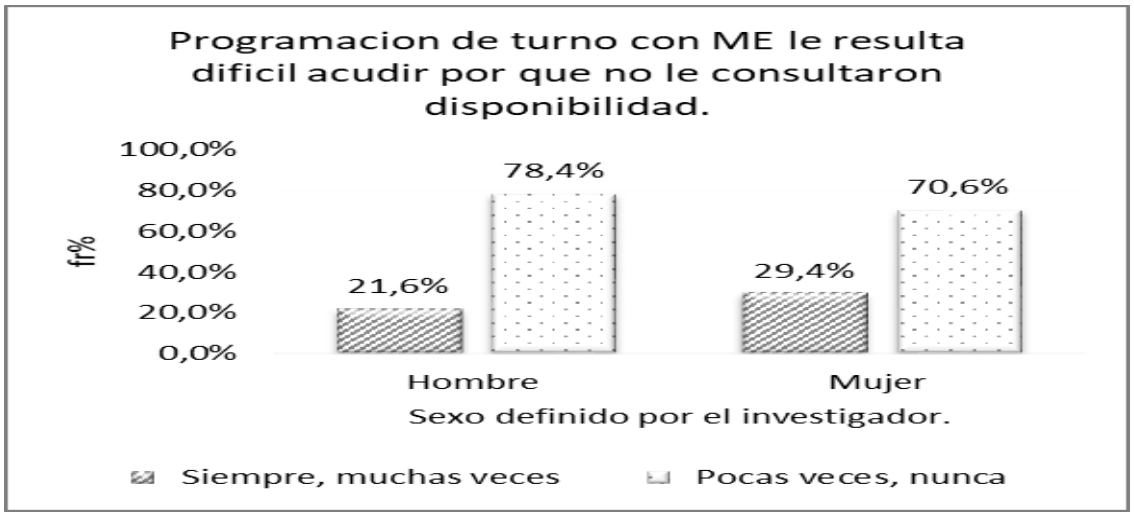
Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentarios: En casi un 90% de la muestra se encontró la percepción de que el médico general conoce los lineamientos del médico especialista no encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto al instrumento CCAENA-UR se sugieren en este apartado la incorporación de variables tales como sexo del médico /a generalista .

Tabla Nª 23: Le programan hora con los especialistas a los que le resulta difícil acudir y sexo

Le programan hora con los especialistas a los que le resulta difícil acudir porque no consultaron su disponibilidad	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	45	178	223
Pocas veces, nunca	163	428	591
SUM	208	606	814
Le programan hora con los especialistas a los que le resulta difícil acudir porque no consultaron su disponibilidad	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	21,6%	29,4%	27.4
Pocas veces, nunca	78,4%	70,6%	72.6
SUM	100	100	100
X-squared = 4.281			
df = 1			
p-value = 0.03854			

Tabla Nª 23: Le programan hora con los especialistas a los que le resulta difícil acudir y sexo



Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II

Comentario: Casi un 30% de mujeres refiere la dificultad para acudir a la consulta con el especialista programado. Frente a un 21% de hombres. Este fenómeno podría deberse a la doble o triple jornada que generalmente cumplen las mujeres con la jornada laboral y con el desempeño de actividades domésticas y de cuidado no remunerado. En este apartado del cuestionario CCAENA-UR se sugiere la incorporación de las siguientes variables Tiempo medio dedicado a la semana para desplazarse del domicilio a los centros sanitarios, centros educativos, servicios sociales, Distancia entre el hogar y los servicios de salud, Percepción de lejanía-cercanía de dichos servicios.

Resultados de la etapa cualitativa

Se aplica una grilla de análisis de acuerdo a las recomendaciones de las directrices SAGER. Se dispuso la información del cuestionario CCAENA-UR según los criterios de las directrices, organizado de modo que facilite su tratamiento. Se analizan entonces los fragmentos textuales del instrumento triangulando con la literatura referenciada. La segmentación se realizó por ejes temáticos, de modo tal que se crucen los fragmentos correspondientes a cada gran dimensión de análisis de acuerdo a las directrices SAGER. Se trabajaron los ejes temáticos de la grilla, las observaciones y los posibles aportes y/o cambios. Los tópicos principales, fueron elaborados a partir de los interrogantes y objetivos de investigación, dado que constituyen las pautas que vertebraron el análisis efectuado. Eventualmente, emergieron ejes temáticos no previstos, que se agregaron para reorganizar los ejes existentes en el instrumento CCAENA-UR.

Su confección supuso el "copiado y pegado" de fragmentos textuales del instrumento CCAENA-UR en las correspondientes intersecciones de ejes temáticos de las directrices SAGER. Se identifican cambios relevantes que se puedan hacer dada la estructura del cuestionario y el diseño del mismo se describen a continuación de la grilla.

Se elaboran conceptos y variables que se sugieren tomarlos como insumos para el diseño de un futuro instrumento. Se sugiere un uso apropiado de la terminología sexo y género en cualquier parte del protocolo y del instrumento evitando confundirlas. Se sugiere la diferenciación de las/los sujetos de investigación por sexo y género, así como un equilibrio en la representatividad en las muestras seleccionadas. Construir hipótesis de investigación sensible al género. Con respecto a la metodología y a la recolección de datos también debieran ser sensibles al género y un análisis significativo para revelar las diferencias y similitudes siempre que sea posible en los resultados, incluso si no se esperaba inicialmente hallar diferencias. Los datos se sugieren debieran presentarse de forma rutinaria

desglosados por sexo y género. Los análisis basados en sexo deben ser reportados independientemente del resultado positivo o negativo. En el análisis de las variables socioeconómicas, sobre los problemas de salud debe ser examinado y debe ser analizado críticamente desde una perspectiva de género. Se sugiere tener en cuenta la socialización de género, el desigual acceso a los recursos y al poder y la división sexual del trabajo, en este sentido se incluyen variables que puedan revelar información que contribuya a este análisis. Se sugiere incluir elementos biológicos, psicológicos y sociales; plantear la existencia de diferencias y semejanzas entre sexos, y la especificidad para cada uno de ellos.

Se deberá mantener una coherencia a lo largo de todo el diseño de la investigación. Por tanto, es necesario que en la metodología se refleje de forma clara la perspectiva de género, para evitar que esta perspectiva se encuentre presente sólo en el referente teórico y se diluya posteriormente en aspectos como la elección de variables y del instrumento.[61]

Grilla de análisis de Protocolo con Directrices SAGER.					
	Directrices SAGER	**Si**	**No**	**Observaciones**	**Sugerencias de cambios**
Protocolo de investigación	¿Se utilizan los conceptos de género o sexo?		X	El título y el resumen deben indicar si un estudio incluyó sólo hombres o solo mujeres.	Indicar que se incluyen hombres y mujeres
	¿Están definidos explícitamente los conceptos de género y sexo?		X	Si hay una incapacidad para identificar las diferencias de sexo, esto debe informarse en la discusión de las limitaciones del estudio.	debe informarse en la discusión de las limitaciones del estudio.
	¿Se considera como una limitación significativa?		X	Los estudios deben diseñarse con aleatorización estratificada por	aleatorización estratificada por sexo e igual incorporación

				sexo; los análisis estratificados no deberían realizarse solo post hoc.	de número de hombres y mujeres
	¿Existen factores plausibles relacionados con género o sexo que deberían haberse considerado?	X		una suposición inicial de que existe una diferencia de sexo para cualquier asociación en estudio podría conducir a la publicación de conclusiones falsas.	
	¿Cita la revisión de la literatura estudios previos que apoyen la existencia (o la ausencia) de diferencias significativas entre mujeres y hombres		X	Si la información sobre la existencia de diferencias de sexo está ausente o es equívoca, entonces ambos sexos deben estudiarse en números suficientes para permitir un análisis válido.	Ambos sexos deben estudiarse en números suficientes para permitir un análisis válido.
	¿Es apropiada la selección de usuarios para captar igual cantidad considerando género o sexo?	X		Si se cree que los modelos masculinos y femeninos difieren en respuesta a una intervención, entonces el estudio debe diseñarse con un tamaño de muestra adecuado para responder la pregunta para cada sexo.	El estudio debe diseñarse con un tamaño de muestra adecuado para responder la pregunta para cada sexo.
	¿Es posible recoger datos que estén desagregados por sexo o género?		X	No contempla otras opciones	En las opciones agregar otras categorías
	¿Están los criterios de inclusión y exclusión bien justificados respecto al género y al sexo?		X	Hacer explicita la pregunta y que no quede a cargo del encuestador	Criterios de inclusión y exclusión bien justificados respecto al género y al sexo
	¿El método de recogida de datos		X		Incorporación de preguntas que

	propuesto en el estudio es apropiado para la investigación de sexo y género?				permitan la recogida de datos
	¿El enfoque analítico es apropiado y suficientemente riguroso como para capturar factores basados en el género o el sexo?		X		Enfoque de género desde el protocolo con descripción del análisis apropiado y suficiente.
	Ética ¿El diseño tiene en cuenta los aspectos éticos relevantes que puedan tener particular relevancia respecto al género o el sexo?		X		Tener en cuenta los aspectos éticos

En la versión de un nuevo cuestionario CCAENA-UR se sugiere que las variables utilizadas deberán tener potencial explicativo de género teniendo en cuenta la finalidad enunciada, es decir, considerar las diferencias entre hombres y mujeres y evidenciar si están relacionadas con construcciones y vivencias del género en relación a las percepciones de continuidad asistencial. En relación a la posibilidad de incorporar dimensiones de salud se sugiere incluir en el cuestionario CCAENA-UR las siguientes dimensiones e indicadores para el análisis según sexo y género según la literatura referenciada:

En cuanto a la estructura demográfica se sugiere incorporar la variable: población según etnia.

En cuanto a morbilidad se sugiere agregar las variables edad media de presentación de primera enfermedad crónica • Problemas de salud mental diagnosticados • Percepción de salud mental como mala o muy mala • Prevalencia de cuadros de estrés y ansiedad • Prevalencia de cuadros de depresión • Comportamientos suicidas o suicidios fallido.

Se sugiere agregar en cuanto a calidad de vida percibida : • satisfacción con la vida (general) • satisfacción con la salud • satisfacción en el ámbito familiar/pareja •satisfacción alta en el ámbito laboral/profesional • satisfacción en el ámbito educativo • satisfacción en el ámbito social • satisfacción en el proyecto vital • satisfacción con la calidad de vida relacionada con la salud.

En el apartado donde se encuentra nivel de ingresos se sugiere la incorporación de :• Renta media por persona • Jefaturas de hogar femeninas y masculinas • Personas sin hogar.

Se sugiere según la bibliografía en lo que respecta a condiciones de empleo y trabajo: conciliación de la vida laboral, personal incluir: • Empleados/as que se ha acogido en los últimos años a alguna clase de licencia por dedicarse al cuidado de hijos/hijas • Empleados/as que se ha acogido en los últimos años a alguna clase de licencia por dedicarse al cuidado de algún familiar (no hijos/as).

Desde la perspectiva de género se considera incluir aspectos del ámbito reproductivo y de cuidados: cuidados informales a personas mayores de 65, con trastorno crónico o con discapacidad (características de las personas dependientes) • Personas dependientes según parentesco con conviviente • Personas dependientes según grado de dependencia • Personas dependientes según tipo de dependencia • Porcentaje de hogares que tienen al menos una persona que no puede realizar una actividad de su vida diaria

Así mismo en el mismo ámbito reproductivo y de cuidados: cuidados informales a personas mayores de 65, con trastorno crónico o con discapacidad (personas que cuidan en el ámbito informal)se sugiere la inclusión de las variables: • Personas cuidadoras según edad • Personas cuidadoras según estado civil/situación marital • Personas cuidadoras según situación laboral • Personas cuidadoras según nivel de estudios • Personas cuidadoras según convivencia • Personas cuidadoras según grado de dependencia • Personas cuidadoras según nivel de instrucción • Personas cuidadoras según nivel socioeconómico •

Personas cuidadoras según origen étnico • Tipo de tareas de cuidado realizadas en los hogares, por nivel de dependencia • Tiempo dedicado a cada una de las actividades de cuidado informal • Número de horas/semana de cuidado en días laborables • Número de horas/semana de cuidado en fin de semana • Número de días/semana de cuidado • Número de años como cuidador/a • Personas cuidadoras que cuentan con apoyo formal (pagado o institucional) • Porcentaje de personas cuidadoras principales de personas de más de 65 años que solicitan plazas privadas o públicas en residencias.

Cabe destacar que se considera relevante investigar en cuanto a ámbito reproductivo y de cuidados: cuidados informales a personas mayores de 65, con trastorno crónico o con discapacidad (otras personas que cuidan remuneradamente, no profesionales)incluyendo las variables : • Personas cuidadoras remuneradas • Tipo de cuidado que realizan los hombres y las mujeres en el cuidado formal • Horas/día entre semana de cuidado remunerado • Horas/día en fin de semana de cuidado remunerado • Horas/semana de cuidado remunerado • Días/semana de cuidado remunerado • Años como cuidador/a remunerado • Frecuencia de cuidado remunerado • Retribución por el trabajo de cuidado formal • Personas que realizan cuidado formal que perciben su salud como buena y muy buena.

Cuestionario CCAEAN UR © con grilla SAGER					
Dimensiones		Directrices SAGER	Si	No	Observaciones
Cuestionario Análisis crítico de la formulación y presentación de cada pregunta de cada sección	Título del cuestionario	El título y el resumen deben indicar si un estudio incluyó sólo hombres o solo mujeres.		X	Rediseñar el titulo
	Introducción del cuestionario			x	Los estudios deben diseñarse con aleatorización estratificada por sexo; los

del cuestionario					análisis estratificados no deberían realizarse solo post hoc.
	¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud padece o ha padecido en los últimos seis meses	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?		x	
	En los últimos seis meses, ¿ha consultado a algún especialista?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		Investigar preferencias en cuanto a sexo del especialista
	¿Para qué enfermedad(es)?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		
	¿Por alguna de estas enfermedades consultó después al médico general?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?			Investigar satisfacción con la atención según sexo del profesional
	¿Tuvo algún problema para conseguir turno con el médico general? ¿Cuál?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	X		Investigar si la disponibilidad o dificultad esta vinculado a roles sexun genero
	¿Acudió al médico general porque lo derivó	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta			

	el especialista?	las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			
	¿Cuánto tiempo pasó desde que el especialista lo derivó al médico general hasta que fue atendido?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		Analizar según sexo
	¿Qué le pareció el tiempo?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?		X	Realizar análisis y/o regresiones estadísticas vinculado a nivel de instrucción expectativas y sexo
	¿El médico general tenía información sobre el tratamiento y recomendaciones que le había dado el especialista?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?		X	Realizar análisis según sexo del médico y del usuario
Cuestionario Análisis crítico de la formulación y presentación de cada pregunta de cada sección	¿El médico general le resolvió el motivo por el que consultó?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos		X	

del cuestionario		utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			
	¿Se sintió conforme con la atención brindada por el médico general en ocasión de su consulta?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?		X	Realizar regresiones estadísticas de acuerdo al nivel de ingresos y nivel de instrucción y sexo
	¿Le informaron a qué centro u hospital tenía que ir para la consulta con el especialista?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			
	¿Tuvo algún problema para conseguir hora con el especialista?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?		X	Analizar según sexo
	¿Cuánto tiempo pasó desde que el médico general lo envió al especialista hasta que fue atendido?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			Analizar según sexo
	¿Qué le pareció el tiempo?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando		X	

		diferencias de género o sexo?			
	¿Se sintió conforme con la atención brindada por el especialista en ocasión de su consulta?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?		X	Realizar regresiones estadísticas de acuerdo al nivel de ingresos y nivel de instrucción y sexo
	En los últimos seis meses, ¿le han atendido en los servicios de urgencias de alguno de estos centros?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?			
	¿Para qué enfermedad(es)?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?		X	
	Despues de consultar en la emergencia ¿Tuvo algún problema para conseguir turno con el médico general?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		Realizar regresiones estadísticas de acuerdo al nivel de ingresos y nivel de instrucción y sexo
	¿Cuánto tiempo pasó desde que el médico de urgencias lo envió al médico	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta		x	Realizar regresiones estadísticas de acuerdo al nivel de ingresos y nivel de instrucción y sexo

	general hasta que fue atendido? Que le pareció el tiempo?	las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			
	¿El médico general le resolvió el motivo por el que consultó?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	X		
	¿Se sintió conforme con la atención brindada por el médico general en ocasión de su consulta? ¿Había consultado antes de acudir a emergencias a un médico general por alguna de estas enfermedades?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?		x	Realizar regresiones estadísticas de acuerdo al nivel de ingresos y nivel de instrucción y sexo
	¿Quién tomó la decisión de que fuera a urgencias?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		
	¿Se sintió conforme con la atención brindada en urgencias en ocasión de su	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los		X	

	consulta?	conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			
	En los últimos seis meses, ¿alguna vez lo derivaron a algún médico de estos centros y no ha podido acudir?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	X		
	¿Por qué no pudo acudir?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?	x		
	¿El médico general conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		
	¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general le ha dado, antes de que usted se lo explique?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?	X		
	¿El médico general le	¿Las preguntas u opciones	X		

	pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?	propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			
	Cuando usted pide turno con el médico general, ¿tiene que esperar mucho tiempo para la consulta	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		
	Cuando usted pide turno con los especialistas, ¿tiene que esperar mucho tiempo para la consulta?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?	x		
	¿Le programan citas a los especialistas a las que le resulta difícil acudir porque no consultaron su disponibilidad?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		
	Cuando usted pide turno con el médico general, ¿es atendido por el mismo médico?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde	X		

		una perspectiva de género o sexo?			
	¿Confía en la capacidad profesional del médico general que le atiende?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	x		
	¿La información que le da el médico general sobre su enfermedad es suficiente?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?	X		Analizar según sexo del profesional
	Cuando usted pide turno con el especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?	¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?	X		
	¿La información que le dan sus especialistas sobre su enfermedad es suficiente?	¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?	x		
		¿Las preguntas u opciones propuestas en las escalas utilizadas, toman en cuenta las posibles diferencias de percepción de los			

		conceptos utilizados desde una perspectiva de género o sexo?			
		¿Se pueden interpretar respuestas considerando diferencias de género o sexo?			

Discusión

En el análisis de la información obtenida a través de la metodología cuanti-cualitativa analizando críticamente tanto la base de datos anonimizada como el instrumento CCAENA-UR de manera cualitativa se logra profundizar escasamente en el área problema del estudio.

El sexo y el género son determinantes a tener en cuenta en la salud y el bienestar de las poblaciones. El sexo se refiere a un conjunto de atributos biológicos en humanos que están asociados con características físicas y fisiológicas que incluyen cromosomas, expresión génica, función hormonal y anatomía reproductiva/sexual.[32] El sexo generalmente se clasifica como femenino o masculino, aunque hay una variación en los atributos biológicos que constituyen el sexo y cómo se expresan esos atributos. El género se refiere a los roles, comportamientos e identidades socialmente construidos de las personas de sexo femenino, masculino o con diversidad de género.[32]

Cada género no se define en sí mismo, sino por las relaciones que existen entre ellos; es decir, se constituyen en función de sus relaciones y no por supuestas esencias diferenciales de tipo biológico, psicológico o inclusive culturales. Por lo tanto, al menos una parte de las características y desigualdades en salud que existen entre los géneros necesitan ser referidas y encontradas en dichas relaciones. Si bien en el diseño del protocolo se considera plantear la dimensión de género basada en la estrategia de transversalidad de género de la Comisión Europea; promoviendo la igualdad de género tanto en los procesos de la investigación cómo en el contenido de la investigación no se plasma efectivamente. La investigación es mucho más difícil, compleja y lleva más tiempo de investigación cuando se estudian ambos géneros y las relaciones que existen

entre los mismos, siendo más fácil estudiar un solo género y las relaciones imaginarias que tiene con el otro género, y ello tanto en términos cualitativos como estadísticos.

En cuanto a la incorporación de investigadoras e investigadores se trabajó casi en igual número; en relación al contenido se propone atención a asuntos de género en la recolección de datos y el análisis aspecto que no se logró cumplir totalmente; en la discusión de los datos desde una perspectiva de género se propuso contribuir al entendimiento de las diferentes percepciones de mujeres y hombres; teniendo en cuenta las diferencias y cómo impactan en los efectos producidos para hombres y mujeres que surgen de los hallazgos haciendo aportes en los diferentes variables para la inclusión de otras variables con perspectiva de género y sus indicadores y en las conclusiones en este sentido falto más tiempo en los equipos por países y faltó formación en el análisis desde la perspectiva de género para que efectivamente se analice la totalidad de la información desde esta óptica.

El instrumento CCAENA UR analiza las percepciones en la continuidad asistencial a nivel individual; el contexto y el entorno parecen ser tan importantes como los factores a nivel individual. Las diferencias biológicas (sexo) entre hombres y mujeres son claras de diferenciar, pero en la sociedad además de estas claras diferencias biológicas existen como se ha planteado a lo largo de esta tesis las diferencias de género asociadas con el contexto social y ambiental en el que viven los encuestados. Desde el análisis cuantitativo si bien los datos dan algunas orientaciones sobre diferentes percepciones entre hombres y mujeres, en su casi totalidad no son estadísticamente significativas.

El género como categoría de análisis se trata como variable continua, pues comprende características conductuales, culturales y políticas que se expresan en un rango de puntuaciones distintas (o iguales) de acuerdo con las identidades construidas, tanto si la

persona se declara hombre como si se declara mujer. [57]De la misma manera, los datos cualitativos están limitados al aporte de la autora en la incorporación de variables sensibles al género y el aporte de las directrices SAGER al instrumento CCAENA-UR . Se puede inferir que enriquecería al instrumento una reforma en este sentido mejorando en su diseño los aportes de la perspectiva de género que se sugieren en el análisis cualitativo.

En relación a las experiencias donde hombres y mujeres presentan diferencias encontramos en la literatura que los factores de riesgo cardiovascular son diferentes para hombres y mujeres. Las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios, dato que se ha confirmado en el análisis cuantitativo. En algunas patologías se sabe que las diferencias en la probabilidad de salud o de enfermedad son originariamente biológicas, como por ejemplo cáncer en órganos específicamente femeninos o enfermedades ligadas al sexo como hemofilia en el caso de las patologías crónicas que aborda la investigación como diabetes por ejemplo hay evidencia que las mujeres que refieren más dificultades económicas, el riesgo de presentar DM2, ajustado por edad, ejercicio físico e índice de masa corporal es casi 3 veces mayor que entre las que llegan con facilidad o mucha facilidad a fin de mes. Así mismo el padecimiento de enfermedades cardiovasculares no es igual para hombres y mujeres, las mujeres reciben menos atención (investigaciones y tratamientos) para la enfermedad cardiovascular que los hombres y pueden tener un mayor riesgo de muerte [38]. En el otro extremo enfermedades ligadas enteramente al género, es decir creadas enteramente por los condicionantes sociales y no biológicos. En este escenario de CCAENA UR es difícil encontrar ejemplos específicos en enfermedades crónicas no trasmisibles, se puede decir que la violencia doméstica podría configurar una patología ligada a fenómenos sociales y culturales. A través de la información obtenida en las etapas cuantitativas, con datos

que se lograron medir y analizar del punto de vista estadístico, se pretendió dar respuesta a los interrogantes planteados en este estudio y confirmar la hipótesis planteada.

En América Latina, Uruguay, fue uno de los países pioneros en experimentar la segunda transición demográfica (tasas de natalidad y mortalidad bajas). Es el segundo país con la población más envejecida de la región, después de Cuba. [48] Esta expansión de la vida no garantizó "vidas sanas" sino que impactó aumentado el tiempo en que las personas conviven con enfermedades crónicas y situaciones de dependencia severa. [49]

Esta realidad se evidencia en los datos cuantitativos analizados en la población estudiada.

En dicho sentido, la pirámide revela dos fenómenos muy asociados de esta fase del envejecimiento. Por una parte, el país viene atravesando un creciente proceso de «sobreenvejecimiento» a partir de la expansión del peso relativo de personas mayores de 84 años en el total de personas mayores. Por otra parte, la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los varones (tanto al nacer como a los 65 años y más), [48] se traduce en un proceso de «feminización de la vejez». Siendo estas dos caras del envejecimiento. Según las estimaciones disponibles en 2015 la esperanza de vida al nacer de las mujeres asciende a 80,46 años, y a 73,62 años para los varones. La esperanza proyectada para las personas de 65 años y más es de 19,1 años para las mujeres, y de 14,7 para los hombres.[48]

Este fenómeno coincide con lo hallado en la muestra seleccionada para la aplicación del cuestionario estando mayoritariamente compuesta de mujeres (71%), mayores de 60 años (70% la media de edad fue de 63 años). Es un desafío analizar a la luz de éstos datos lo que significa que las mujeres vivan más padeciendo enfermedades crónicas en una situación muchas veces de pluripatología y cómo se articula esta realidad con el uso de los servicios de salud y la continuidad asistencial.

Estudiar las trayectorias de las mujeres y hombres usuarios de ASSE portadores de patologías crónicas vinculando la forma de vivir y enfermar durante la vejez puede aportar elementos para mejorar la calidad de vida de los usuarios y usuarias. Para lo cual se sugiere un nuevo estudio dado que no es posible dicho análisis con la información obtenida en la aplicación del cuestionario CCAENA-UR.

Los seres humanos viven enferman y mueren en un mundo con expectativas según el género que se superpone con el sexo o no. Desde el nacimiento hay una expectativa vinculada al sexo que se puede observar desde la interacción de los adultos con los recién nacidos y su presunción del sexo.

En los casos en general tanto en lo que está vinculado al sexo y a género son tratados como dicotómicos; pero en realidad se reconoce que hay más variaciones. La existencia de personas intersexuales (genéticamente no son XX ni XY) y las personas trangénero que por su condición tienen una complejidad adicional para su salud –enfermedad y para su atención en servicios de salud. En este sentido el cuestionario CCAENA UY no contempla estas opciones. En este sentido se propone en caso de una nueva versión del instrumento diseñar preguntas que contemplen otras opciones no binarias.

En esta variable hay sociedades que reconocen tres o más géneros, esas categorías y la experiencia de relación a esta realidad seguramente modifiquen sus percepciones de la salud, de los servicios de salud, de la continuidad asistencial de formas más complejas.

Para el análisis de las experiencias de los usuarios en los servicios de salud; se considera que existe un nivel vinculado con lo individual (genoma humano) y otro nivel vinculado a su contexto, determinantes sociales ambientales del país o incluso globales. Es decir, la sumatoria de factores biológicos internos y factores sociales, ambientales externos.

Dichos contextos configuran la vida y la salud en casi todos los aspectos influenciados por la exposición de los factores antes mencionados.

Juegan un rol importante el sexo-género en los resultados y en la gravedad de la afección por ejemplo en enfermedades cardiacas como infarto agudo de miocardio, cáncer de pulmón, depresión. Se sugiere un análisis de las patologías crónicas según sexo en un próximo estudio.

Las tasas de tabaquismo en mujeres, está vinculada a cáncer al igual que los hombres. Luego de la política pública antitabaco instalada en Uruguay las cifras de tabaquismo descendieron en ambos sexos, pero se mantiene un consumo mayor en hombres del 35,2% y de 30,3% en mujeres diferencia significativa de 5 puntos.[51]

El fenómeno relevante y evidente es el aumento de la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de pulmón, fenómeno que tiene la tercera causa de muerte para las mujeres uruguayas. Actualmente la tasa estandarizada por edad crece a un 3.5% anual. El número de muertes por año debido a cáncer de pulmón en mujeres casi triplica actualmente al número de muertes por cáncer de cuello de útero, invirtiendo la relación que se observaba hace unas pocas décadas y constituyéndose en la tercera causa de muerte por cáncer. [50]

Esta realidad deja en evidencia que las mujeres tienen un riesgo aumentado de sufrir cáncer de pulmón en no fumadoras. Estadísticas muestran que un 20% de mujeres con cáncer de pulmón no fuman en comparación con menos del 15% de los hombres.

Durante décadas los patrones sociales y roles de género diferentes para hombres y mujeres enmascaran riesgo de padecer cáncer de pulmón entre no fumadores. Se sugiere

La enfermedad cardiovascular es la patología crónica con mayor prevalencia en la población encuestada 58,5 % dato que concuerda con las cifras nacionales en Uruguay.

Se ha avanzado mucho en los últimos años siendo el descenso mayor en hombres que en mujeres.

Esta realidad puede explicarse en parte por los hallazgos de Merz [52] en su publicación sobre enfermedad cardiovascular demuestra que las placas de ateroma tienden a acumularse en vasos más pequeños en las mujeres.

La situación marital de hombres y mujeres demuestra una fuerte diferencia la experiencia de viudez en la vida adulta de las mujeres tiene un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular si se compara con mujeres que permanecen casadas. [53]

En tanto en hombres no se asoció la viudez con riesgo de enfermedad cardiovascular.

Así mismo concluye que la exposición conyugal es un factor protector para enfermedades cardiovasculares en mujeres, pero no así para los hombres. [53]

Concluye también que la edad temprana en el primer matrimonio estaba asociado a inflamación crónica en los hombres, pero no en las mujeres. [53]

Como se puede ver en los ejemplos anteriores las influencias del sexo-género en el proceso salud-enfermedad son complejas. En la población estudiada encontramos que la mayoría de la población vive acompañada casada y/o en unión estable.

Cabe destacar que las mujeres cuidadoras de familiares portadores de patologías crónicas tienen un riesgo aumentado de desarrollar enfermedad de Alzheimer, las mujeres tienen 6 veces mayor riesgo que los hombres. La experiencia del cuidado en el instrumento CCAENA-UR no está considerada, se plantea como una variable compleja que revela una realidad invisibilizada en la vida de usuarios portadores de patologías crónicas y sus familias.

En Uruguay casi un 11% de las personas de 65 años o más padecen Alzheimer siendo más de la mitad mujeres debido esto también a su longevidad y a la expectativa de vida aumentada. A este escenario de patologías crónicas y pluripatologías donde la población encuestada padece 2 patologías crónicas 32,1% y casi un 20% 3 o más, las mujeres tienen más probabilidad de carecer de cónyuge cuidador debido a la combinación de la longevidad y los roles de género.

El sexo puede contribuir a la exposición e impacto de los factores y contexto sociales. En la muestra estudiada el 49% no cuenta con cónyuge; la mayor longevidad de las mujeres las expone a un mayor riesgo de viudez circunstancia que se observa en casi el 20% de la muestra. La pobreza en las etapas de vejez junto con la viudez es un factor de riesgo que aumenta y se ve exacerbado por las condicionantes sociales. En esta variable la muestra estudiada, se trata de una población socialmente vulnerada con un nivel de estudios muy bajo (20,6% declaran no tener estudios y 25,2% solamente estudios primario y los ingresos del hogar son igualmente bajos cuando 74,2% declaran que el ingreso del último mes no fue superior a 2 salarios mínimos, el ingreso mensual per cápita calculado a partir de esos datos revela que para 83,4% de ellos es inferior a medio salario mínimo. Todas estas diferencias pueden influenciar en la percepción de la continuidad asistencial de hombres y mujeres; en lo relacionado a la continuidad de la información clínica, la utilización e interpretación de la información, puede tener influencia si se consideran estas diferencias de género; sobre todo en lo vinculado al conocimiento acumulado de las trayectorias de vida por parte del equipo de salud.

Si se considera otro fenómeno social como es el cuidado no remunerado en los extremos de la vida, dígase niñez y vejez encontramos que son las mujeres cuidadoras las que

principalmente cumplen esa tarea. En este sentido Uruguay tiene este fenómeno estudiado y definido .[49]

Hay muchas razones por las que se puede esperar una percepción diferente en lo vinculado a la continuidad de la gestión clínica en su dimensión flexibilidad debido a la doble jornada laboral.

En consecuencia, comprender la salud –enfermedad desde la experiencia de la continuidad asistencial y la influencia del sexo y del género requiere tanto de un modelo conceptual claro en ambos casos, así como de una metodología rigurosa de investigación y la incorporación de directrices SAGER se considera un posible cambio en el diseño del cuestionario CCAENA-UR.

Actualmente incorporar la perspectiva de género en la investigación de la continuidad asistencial tiene limitaciones. El proceso para construir una base de conocimiento sobre salud desde el género con diseños desde lo más descriptivo al más analítico se ha desarrollado recientemente en las últimas décadas, con el objetivo de describir procesos, explicar nuevos conocimientos, mejorar la salud alargar la vida y reducir enfermedades y discapacidades. Sin embargo, persisten algunas brechas en la investigación que pueden afectar el conocimiento en salud de las mujeres.

Para comprender lo que se sabe y lo que no sobre la salud con perspectiva de género debe existir claridad sobre la inclusión la desagregación y análisis de datos en este sentido.

Tomando estas consideraciones y las directrices SAGER el cuestionario CCAENA UR no considera posibles diferencias en la percepción de los conceptos utilizados desde la perspectiva sexo-género.

Existen disciplinas que han avanzado más rápidamente para incluir la perspectiva de género en la investigación, otras sin embargo han sido más lentas en la incorporación. En este sentido la disciplina enfermera en nuestro país como profesión joven y con insipiente desarrollo en la investigación se encuentra en una situación privilegiada para trabajar en este sentido. Otro aspecto no menos importante implica reconocer donde hay supuestos no probados en investigación y que hallazgos o conclusiones encontradas en varones se han generalizado en mujeres.

En algunas áreas los supuestos de generalización de los hallazgos en varones a mujeres son tan fuertes sostenidos o aceptados que ya no son cuestionados. Se olvida que estos son de hecho hipótesis comprobables.

Vinculado al protocolo de investigación de Equity LAII se comienza con revisiones sistemáticas de la literatura y re-análisis de datos de estudio del Equity LA I pero no se evalúa si estos hallazgos se mantienen para las mujeres.

Ese trabajo exploratorio puede proporcionar la base necesaria para estudios posteriores diseñados y potenciados trabajar en el diseño de un instrumento de CCAENA-UR para describir posibles influencias sexuales y de género en la percepción de la continuidad asistencial, y si se encuentra, evaluar el porqué de estas ocurrencias y las implicancias para la investigación y la percepción de la continuidad asistencial desde el padecimiento de enfermedades, así como en el tratamiento y la posible diferente evolución .

Tales esfuerzos pueden contribuir a la formulación de mejores preguntas de investigación. En algunos casos el planteo de preguntas de investigación puede proporcionar inadvertidamente respuestas menos complejas a preguntas sobre la salud de las mujeres y de los hombres.

En el caso de las patologías cardiovasculares que hay evidencia de que surgen a edades más tempranas en varones que en mujeres por lo que la experiencia de continuidad para ellos será diferente que para las mujeres dado que típicamente experimentan un inicio de dolencias cardiovasculares posterior.[56]

Otra recomendación de las directrices SAGER hace alusión a la representatividad en la muestra tanto de varones como de mujeres en la población con la enfermedad o condición estudiada ,en este sentido la población estudiada es ampliamente femenina aspecto que puede responder a respecto a las comorbilidades problemas vinculados a la polifarmacia en mujeres; se sugiere un estudio adicional para comprender los tipos y frecuencias de estas realidades específicas; éste es el caso de artrosis que en la muestra estudiada corresponde a un 12.3%,estados depresivos 3,2%.[24]

Claramente el sexo y el género son consideraciones fundamentales en la investigación clínica en la revisión de literatura y en la práctica clínica.

La consideración del sexo y del género en las etapas apropiadas de la investigación es esencial para conectar los puntos y que la investigación en salud tenga utilidad tanto como sea posible para mejorar las prácticas asistenciales redundando en mejores experiencias asistenciales en los usuarios con patologías crónicas. El avance en la producción de conocimiento sobre la salud de las mujeres tiene varias aristas a trabajar y a incorporar en una posible nueva versión del cuestionario CCAENA- UR. Sobre todo, el alcance y la complejidad de las influencias del sexo y del género en la salud y en la enfermedad deben ser mejor conocidas. Quedando claro que las influencias de sexo-genero operan en cierta medida en todos los niveles de análisis incluyendo categorías sociales diferenciadoras: raza-etnicidad, clase, edad, estatus social, (estatus que una persona tiene en su comunidad y también al estatus marital y parental) orientación sexual, discapacidad y género.[43]

Considerando oportunas su incorporación como variables de estudio en una posible nueva versión de cuestionario CCAENA-UR modificado.

La ciencia sobre la salud de las mujeres continúa avanzando sistemáticamente lo sabido y lo ignorado en este sentido y el uso de ese conocimiento es un insumo que aporta para el diseño de nueva pregunta de investigación, al hacerlo aumenta la transparencia mejora el rigor científico y la reproductividad de la investigación, aumenta el valor y la utilidad de la misma, colabora a cerrar brechas de conocimiento sobre la salud de las usuarias y usuarios portadores de patologías crónicas.

Conclusiones y reflexiones finales

Se considera que el sexo es un determinante a tener en cuenta en la salud y el bienestar de las poblaciones; que el sexo se refiere a un conjunto de atributos biológicos en humanos que están asociados con características físicas y fisiológicas que incluyen cromosomas, expresión génica, función hormonal y anatomía reproductiva/sexual [32] y que generalmente se clasifica como femenino o masculino, aunque hay una variación en los atributos biológicos que constituyen el sexo y variación en cómo se expresan esos atributos. Entendiendo que el género se refiere a los roles, comportamientos e identidades socialmente construidos de las personas de sexo femenino, masculino o con diversidad de género.[32] podemos concluir que el género se constituye como una categoría que estratifica y como un determinante social que condiciona toda una serie de procesos relacionados con los resultados en salud de hombres y mujeres. Desde esta perspectiva fue importante conocer como desde el instrumento CCAENA-UR se recogen las percepciones de los usuarios y las usuarias sobre la continuidad de la atención que recibían, estudiando el fenómeno y sus diferencias.

Interesó conocer en este proceso, en qué medida el instrumento de CCAENA –UR daba respuestas en este sentido y si lograban reconocer diferencias significativas en ambas poblaciones.

Como se expresaba en la introducción y justificación del trabajo la perspectiva de género es indispensable como articuladora de los otros aportes teóricos seleccionados, fundamentado esto en que a la hora de analizar las interrelaciones existentes entre la percepción de la continuidad asistencial, la vivencia de la patología crónica y el uso de los servicios de salud, esta perspectiva podrá poner en contraste si existen; diferentes

interacciones en las construcciones sociales de la enfermedad y las experiencias de utilización de los servicios de salud. En este sentido comprobamos que la hipótesis del estudio planteando que no hay hallazgos significativos dado que el protocolo y el instrumento no están diseñados desde esta mirada.

El estudio se realizó en el marco del Proyecto Equity LA II, de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, en coordinación con ASSE, cuyo objetivo era evaluar la eficacia de diferentes estrategias de integración de la atención, en la mejora de la coordinación y calidad de la atención en las RISS, en seis países de Latinoamérica. Estos antecedentes facilitaron el desarrollo de las etapas cuantitativas del presente estudio, a través de la aceptación por parte del grupo investigador de proporcionar a la autora la base de datos anonimizada para la realización de un analisis en cada variable por sexo y su asociación estadística.

El estudio transitó por dos etapas, una primera cuantitativa, analizando la base de datos del custionario aplicado a 846 usuarios-as de la encuesta global del Proyecto Equity LA II, una etapa cualitativa, a través de la técnica de análisis crítico del cuestionario CCAENA UR desde las directrices SAGER.

La metodología cuanti-cualitativa del estudio permitió realizar una mirada crítica sobre la percepción de los usuarios en la continuidad de la atención a través de las respuestas obtenidas en los cuestionarios y confirmar la hipótesis planteada en el estudio que plantea que al carecer de un fundamento conceptual preciso sobre dimensiones de género en la problemática de la Continuidad de atención, el instrumento no puede generar resultados significativos sobre el tema. Los aportes teóricos y evidencias sobre las desigualdades de género en este campo no logran resultados relevantes en el análisis de resultados de

investigación en continuidad, así como efectos percibidos sobre la atención en las redes de estudio.

Resultaría innovador incluir el género como uno de los ejes de desigualdad que atraviesan la estructura social y que, en interacción con otros como la clase social, la edad, la etnia o la raza y el territorio, determina jerarquías de poder y conlleva desigualdades en las oportunidades de tener una buena salud.

Incluir género como una dimensión transversal para un análisis de la desigualdad en la percepción de la continuidad asistencial, en la medida que la amplísima mayoría de la evidencia empírica nacional e internacional en materia de desigualdades en salud, ha puesto énfasis en este y otros determinantes se considera necesario. Incluir una variable con indicadores para saber la percepción de la población encuestada sobre el grado de conocimiento de los/as profesionales de salud sobre la integración de la perspectiva de género en la práctica profesional

Las respuestas de las preguntas planteadas fueron cuantificadas. Al estudiarse la relación entre las variables surgidas en el cuestionario no se encontraron asociaciones estadísticas significantes, aspecto que hace concluir que el instrumento no evidencia percepciones de continuidad diferentes entre hombres y mujeres dado que no tiene variables con indicadores sensibles al género. En el análisis del instrumento se hacen sugerencias de cambios.Se sugiere incluir las variables en el apartado de datos de morbilidad general y sociodemográficos: Sexo asignado al nacer, Identidad de género, Orientación sexual. En el mismo apartado se sugiere incluir indicadores de la estructura demográfica tales como edad media al matrimonio edad al nacimiento del primer hijo/a disoluciones matrimoniales composición de la población por estado civil/situación marital nupcialidad, nupcialidad en la población que plantee estar separada/divorciada

La posibilidad de combinar las metodologías cuantitativas y cualitativas en diferentes tuvo sus fortalezas y debilidades, enriqueció los conocimientos obtenidos de las diferentes formas de recabar la información pudiendo contar con datos concretos objetivamente observados y estadísticamente medibles; profundizando en un espacio de reflexión sobre el instrumento y sus posibilidades. Sería conveniente en el cuestionario CCAENA-UR agregar una dimensión social y apoyo social con indicadores como número de personas con las que convive diariamente (red social) Población que declara sentirse a gusto en su barrio o que refiere tener un/a vecino/a al que pueden pedir ayuda. Existencia de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito vecinal. Utilización de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito vecinal. Existencia de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito familiar/de amistades, participación en organizaciones sociales.

Otra sugerencia de cambio planteada al CCAENA-UR es la incorporación de la variable hogares con parejas sin vínculo legal establecido, hogares con parejas sin convivencia marital estable.

Se sugiere además incluir un apartado donde se coloquen las variables, hogares con presencia de personas con discapacidad o limitación que requieren de atención, presencia de menores, por edad de menores, presencia de mayores de 64, por edad de mayores, relación de parentesco entre las personas que viven en el domicilio familiar.

Según la literatura en cuanto a la dimensión calidad de vida percibida se sugiere la incorporación de las siguientes variables: disposición y disfrute del tiempo libre y de ocio, percepción de la capacidad percibida de tener el control de la vida propia, percepción de la capacidad para llevar a cabo proyectos vitales propios.[61]

La literatura aporta variables sensibles al género y en cuanto a la dimensión morbilidad se sugiere la incorporación de la siguientes variables: Edad de presentación de primera enfermedad crónica ,Problemas de salud mental diagnosticados ,Percepción de salud mental como mala o muy mala Prevalencia de cuadros de estrés y ansiedad, Prevalencia de cuadros de depresión Comportamientos suicidas o suicidios fallido.[61]

Vinculado a determinantes estructurales de la salud en su dimensión clase social y nivel de ingresos se sugiere la incorporación de: renta media por persona, jefaturas de hogar femeninas y masculinas, Personas sin hogar.

Desde la perspectiva de género se considera incluir aspectos del ámbito reproductivo y de cuidados. También se incluyeron variables vinculadas a cuidados informales a personas mayores de 65, con trastorno crónico o con discapacidad

Cabe destacar que se considera relevante investigar en cuanto a ámbito reproductivo y de cuidados: cuidados informales a personas mayores de 65, con trastorno crónico o con discapacidad (otras personas que cuidan remuneradamente, no profesionales)

Como limitaciones en el estudio se pueden mencionar entre otras la dificultad para dar respuesta a las interrogantes desde una investigación internacional que debía responder a ciertos acuerdos y autorizaciones de todo el consorcio y las limitaciones al momento de proponer cambios en el instrumento CCAENA –UR. otra dificultad presentada fue mantener una continuidad a lo largo del tiempo en la realización del estudio De esta experiencia de aprendizaje y de los saberes construidos en esta etapa de maestría interesa concluir que se logra aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación y se logra el objetivo de la aplicación en el desarrollo de la investigación. Se plantea como desafío ejercitar más la herramienta de la investigación en una futura etapa y generar

conocimiento innovador con respecto a la continuidad asistencia y al instrumento CCAENA-UR.

Teniendo en cuenta sexo y características como la edad, raza, etnia, educación, ingresos y estado civil identificar si la esperanza de vida es igual en usuarios y usuarias con patologías crónicas de todos los departamentos estudiados vinculando el contexto en el que viven y envejecen se propone como un análisis interesante en un posible estudio a futuro.

Plantear investigaciones con miradas críticas y cuestionarnos como la perspectiva de género se debe incluir transversalmente en el desarrollo de la formación de los recursos de enfermería de grado y de posgrado, así como en la atención en la atención clínica y en la investigación es un desafío.

Un desafío alcanzado fue el de tener cercanía con equipos de investigación en el proyecto Equity expertos en metodologías cuantitativas y cualitativas a lo largo de los cuatro años como investigadora junior en el Proyecto Equity LA II.

Una experiencia por demás significativa fue la realización de numerosos viajes a diferentes departamentos del interior del país con contacto estrecho con estudiantes, equipos y actores de los diferentes servicios de salud adquiriendo nuevas herramientas en el desempeño profesional, docente y humano. Sin dejar de mencionar la gratificación de la movilizadora instancia del intercambio grupal en el equipo internacional de los diferentes países que integraron el proyecto,

Compartir viajes instancias de capacitaciones internacionales trabajo en terreno recogiendo testimonios narrados por los usuarios fue una experiencia privilegiada de

intercambio generosidad y confianza, las que dejan huellas que no se borrarán de la memoria.

Por último, el trabajo nos provoca a confirmar la hipótesis plateada: Al carecer de un fundamento conceptual preciso sobre dimensiones de género en la problemática de la Continuidad de atención, el instrumento no puede generar resultados significativos sobre el tema.

Se plantea como posible futura investigación identificar como son las trayectorias asistenciales en usuarios y usuarias de ASSE con patologías crónicas de todos los departamentos estudiados, así como el contexto en el que viven, envejecen teniendo en cuenta sexo y características como la edad, raza, etnia, educación, ingresos y estado civil aplicando desde el diseño del protocolo de investigación las directrices SAGER.

Referencias bibliográficas

1. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. [Internet]. Estados Unidos: OPS; 2005.(Publicación Ocasional No 14) Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/809/9275322945.pdf?sequence=1&isAllowed=y . [consultado 15/11/2018]

2. DOYAL, Lesley. Sex, Gender and Health: a preliminary conceptual Framework En : Tant qu'on a la santé : Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes [Internet]. Genève : Graduate Institute Publications; 1999. Disponible en : DOI : https://doi.org/10.4000/books.iheid.6055 . . [consultado 15/11/2018]

3. Martinez I. Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. Anuario de Psicología [Internet]. 2003; 34 (2). Disponible en: https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61739/88524 . . [consultado 15/11/2018]

4. Amoros, C. Espacio público y espacio privado y definiciones ideológicas de lo masculino y lo femenino. En: Participación, cultura política y estado. Buenos Aires: Ediciones de la Flor 1990.

5. Scott, JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico.[Internet]. Washington: American Historical Review; 1986. Disponible en: https://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/646/1/261-Scott%2c%20Joan%20W.pdf . . [consultado 5/1/2019] .

6. Garcia-Calvente, M del M. Mateo-Rodríguez, I. Maroto-Navarro, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit.[Internet]. 2004; sep./oct. 18(5). Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011 [consultado 5/1/2019]

7. WHO. Women's mental health: evidence based review. [Internet]. Genova: WHO; 2000. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [consultado 5/1/2019] .

8. Sabo, D. El estudio de masculinidad, género y salud. En: Comprender la salud de los hombres: Un enfoque relacional y sensible al género. [Internet]. Harvard: OPS; 2000. (Publicación Ocasional; 4). Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/804/9275322848.pdf?sequence=1&isAllowed=y . [consultado 10/8/2020] .

9. Eisler, R M. Skindmore, J R. Ward CH. Masculine gender-role stress: Predictor of anger, anxiety and health-risk behaiors. J Pers Assess. 1988.

10. Garcia-Calvente M del M. Guia para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.(Serie monográfica EASP, 48) Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2575/3/Garcia_GuiaIncorporarPerspectiva.pdf . . [consultado 10/8/2020] .

11. Cardenas A, Correa N, Prado X. Segregación laboral y género: Tendencias y desafíos del mercado laboral chileno. Polis, Revista Latinoamericana [Internet]. 2014; 13 (38). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v13n38/art18.pdf . [consultado 10/8/2020] .

12. Delgado A, Saletti L. Desigualdad de género en la ocupación de cargos directivos en el sistema sanitario público en España. [Internet]. Ponencia presentada: VIII congreso Iberoamericano de ciencia, tecnología e genero; 2010 abril 5-9; Universidad de Granada. Disponible en: http://hdl.handle.net/10481/22346. . [consultado 10/8/2020] .

13. Ramos A, Candela C. Más allá del «techo de cristal» Diversidad de género. Rev del Minist Trab España. 2020; 40. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28059151_Mas_alla_del_techo_de_cristal . . [consultado 10/8/2020] .

14. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med [Internet]. 2000; May;50(10). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10741575. . [consultado 10/8/2020] ..

15. Verbrugge, Lois M. Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence." Journal of Health and Social Behavior. JSTOR [Internet]. 1985; 26(3), 1985. Disponible en: www.jstor.org/stable/2136750. . [consultado 10/8/2020] .

16. Gomez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2002; 11(5/6). Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf. . [consultado 10/8/2020] ..

17. Delgado A, López-Fernández L a. Práctica profesional y género en atención primaria. Gac Sanit [Internet]. 2004; jul/ago 18(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400018. . [consultado 10/8/2020] .

18. Valls-Llobet C. Desigualdades de género en salud pública. Quadern CAPS. [Internet]. 2001; 30. Disponible en: https://www.caps.cat/images/stories/7valls.pd . [consultado 3/9/2020] .

19. Standing H. El género y la reforma del sector salud: género, equidad. [Internet]. Estados Unidos: OPS; Harvard Center for Population and Development Studies; 2000. (Publicaciòn ocasional, 3). Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/806/927532283X.pdf?sequence=1&isAllowed=y . [consultado 3/9/2020] .

20. Vega, M Jannette., Bedregal, G Paula., Jaude HL. Equidad de Género en el acceso a la atención de salud en Chile. Revista Médica de Chile [Internet]. 2003; 131 (6). Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000600012.[consultado 3/9/2020] .

21. Llobet CV, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Anu Psicol Univ Barcelona. [Internet]. 2008; 39(1) Disponible en: https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8391 . [consultado 3/9/2020] .

22. Östlin P, George A, Sen G. Género, salud y equidad: las intersecciones. En: Evans T, et al. Desafío a la falta de equidad en la salud de la ética a la acción. . Washington: Fundación Rockefeller OPS; 2002. pp.189-205 (Publicación científica y técnica N°585)

23. Castañeda Abascal, I., Solís Solís, S. Desigualdades atribuibles al género en cirujanos(as) de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública.[Internet]. 2002; 28

(2)jul.-dic.. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200004 . [consultado 3/9/2020] .

24. Heidari, S., Babor, T.F., De Castro, P. et al. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. Res Integr Peer Rev [Internet]. 2016 ; 1 (2). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6. [consultado 3/9/2020] .

25. Abramo, L. Trabajo decente y equidad género en América Latina. Oficina Internacional del Trabajo.[Internet]. Santiago: O.I.T.; 2006. Disponible en: http://www.institutouejn.nqnwebs.com/documentos/genero/Trabajo%20decente%20y%20equidad%20de%20g%C3%A9nero%20en%20America%20Latina.pdf . [consultado 3/9/2020] .

26. Vega, J, Bedregal, P, Jadue, L, Delgado, I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev Méd Chile. [Internet]. 2003; 131(6). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012´. [consultado 3/9/2020] .

27. Bonder, G. Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En S. Montecino & A. Obach (ed.). Género y epistemología: Mujeres y disciplinas . Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1998.

28. Comes, Y. y Stolkiner, A. Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. 2005 Anuario de Investigaciones [Internet]. 2005;XII( ):137-143. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013. [consultado 3/9/2020] .

29. Gómez G. E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2002,11(5). Disponible en: https://scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/454-461/es/. [consultado 3/9/2020] .

30. Isfeld,H. Haworth-Brockman, M. Elementos para elaborar un perfil de género y salud. [Internet]. Washington: OPS; 2009. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/6073?show=full. [consultado 3/9/2020] .

31. García, A. 5a monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud. [Internet] Cataluña: Ditipet; 2007. Disponible en: https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/5aMonSEEGenSalud.pdf [consultado 3/9/2020] .

32. Shirin, H.F. Baborb, T., Paola De Castroc, P. Sera Tortdy M. Equidad según sexo y de género en la investigación:justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. Gac Sanit.[Internet]. 2019;33(2):203–210. Disponible en: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911118300748?token=4CCB72596110111530DD453FCBFC0AB58AFA892A27F3BCD026C5B7320FF16BC37F0AB53B1DCCF60B8D0AD369D9831B9D&originRegion=us-east-1&originCreation=20210728181718 [consultado 29/10/2020] .

33. Kim ESH, Menon V. Status of Women in Cardiovascular Clinical Trials Arterioscler Thromb Vasc Biol. [Internet]. 2009; 29 (3). Disponible en:https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/ATVBAHA.108.179796 . [consultado 29/10/2020] ..

34. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. Int J Integr Care. [Internet]. 2013 Oct-Dec;

13(e050). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860582/ [consultado 29/10/2020] .

35. Vázquez, ML. Vargas,I. Unger, JP. De Paepe, P. Mogollón-Pérez, AS. et. al.. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. BMJ Open [Internet]. 2015, 7(5). Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007037 [consultado 1/4/ 2018]

36. Aller MB, Colomé JM, Vargas I, Vázquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2013 Apr; 10(4): 1474–1488. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709329/. [consultado 1/4/ 2018]

37. MJ L, Aller M, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario. Gaceta Sanitaria.[Internet]. 2010 jul/ago, 24(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000400013 [consultado 1/4/ 2018]

38.Méndez Rivero, F. Desigualdades en salud en Uruguay y sus determinantes sociales. Tesis de maestría. Internet]. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales; 2017. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18974/1/TMS_MendezRiveroFabricio.pdf .[consultado 6/ 2/2020].

39. Canto, JG. Rogers, WJ. Goldberg, RJ. Peterson, ED. Wenger, NK. Vaccarino, V., et al. Asociación de edad y sexo con presentación de síntomas de infarto de miocardio y mortalidad hospitalaria . Revista de la Asociación Médica Americana [Internet]. 2012 , 307(8),pp. 813-822. Disponible en: doi: 10.1001/jama.2012.199 .[consultado 6/ 2/2020].

40. Mcfarland, MJ., Hayward, MD., Brown, D. Te tengo debajo de mi piel: biografía marital y riesgo biológico . Revista de matrimonio y familia. [Internet]. 2013, *75* (2), 363-380. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jomf.12015 .[consultado 6/ 2/2020].

41. Pérez, R. El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. Psicol. Conoc. Soc. [Internet].2018 Nov; 8(2):98-117. Disponible en: http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.8. .[consultado 6/ 2/2020].

42. Cantero, Ruiz-M. T. Delgado Verdú M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gact. Sanit. [Internet]. 2004, 18(S1), pp. 118-125. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13062260 .[consultado 6/ 2/2020].

43 Teoria Critica

44. Borrell, C. García-Calvente, M. Vicente Martí-Boscà, J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit [Internet]. 2004, 18 (S1), pp. 2-6. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13062243 .[consultado 6/ 2/2020].

45. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC..Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos.Gac Sanit [Internet]. 2000; 14 (53), pp. 60-71. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-X0213911100956185 . [consultado 6/ 2/2020].

46. Desigualdades sociales en la salud subjetiva y en varios trastornos crónicos de salud en España. En: Ronda E. (ed.). Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx.Alicante: Universidad de Alicante; 2002.

47. Uruguay. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Inequidades en salud y sus determinantes sociales: Sistema de vigilancia de la equidad en salud documento Nº 1. [Internet]. Montevideo: MSP; 2014. Disponible en: https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP_Determinantes%20sociales_Documento%201.pdf .[consultado 6/ 2/2020].

48.Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Brunet N. Marquez C. Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. Montevideo: Ediciones Trilce ; 2016

49.Scavino S. Familismo soportado y feminización de las estrategias de cuidado en salud: desafíospersistentes para la equidad de género y el ejercicio del derecho al cuidado.[Tesis de Maestría] [Internet]. Montevideo: UDELAR; 2017. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20013/1/TMS_ScavinoSolariSol.pdf .[consultado 6/ 2/2020].

50. Heidari Shirin, Babor Thomas F., De Castro Paola, Tort Sera, Curno Mirjam. Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso.Gac Sanit [Internet].2019 Abr ; 33(2): 203-210. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000200203&lng=es. Epub 21-Oct-2019. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003. [consultado 21/3/2021]

54. Pérez Robert. El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. Psicol. Conoc. Soc. [Internet]. 2018 Nov ; 8(2): 98-117. Disponible en: http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.8. [consultado 8/3/ 2008]

55. Borell, C; Artacoz, L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2008, 22(5)pp. 465-473. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012 .[consultado 6/ 2/2020].

56. Mosquera,C. De la Hera, J. Barriales, V. Grupo de Estudio RIMAS.El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres?. Gac Sanit. 2002, 16(S1). pp. 60

57. Garcia-Subiratsa,I. , Aller ,M .Vargas Lorenzo I. y Vázquez Navarrete M. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2015, 22(5)pp. 38-75.

Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000590012 .[consultado 6/ 2/2021].

58.Bathyani K.Oscuro L Perrota M. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Uruguay 2016.

59.Jaráiz E. La gestión de la atención primaria: confianza y satisfacción en el sistema sanitario de Galicia RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas, vol. 8, núm. 2, 2009, pp. 69-83 Universidade de Santiago de Compostela Santiago de Compostela, España. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-X0213911100956185 . [consultado 8/ 9/2020].

60. Banegas Cardero J. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagnóstico Integral "Los Arales". MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [consultado 2020 Dic 04] ; 18(7): 942-947. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000700009&lng=es.

61 Uruguay. Ministerio de Salud Pública Uruguay. PPNT Primer Informe Encuesta Nacional Área Economía de la Salud [Internet]. Montevideo: MSP; 2016. Disponible en: https://www.ine.gub.uy/encuesta-de-salud-publica-esp-2016/-/asset_publisher/8nW0ZKdgKuqR/content/informe-de-investigacion-2016/maximized.

ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario CCAENA-UR

Cuestionario CCAENA-UR 2017 Nº:__ __ __ __

CUESTIONARIO DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN: CCAENA-UR 2017

INFORMACIÓN GENERAL

La Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, en colaboración con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), está haciendo un estudio con el objetivo de analizar el funcionamiento de los servicios de salud de la región Oeste (Departamentos de Soriano, Colonia, Río Negro, Durazno, Flores, Florida y San José) e identificar elementos de mejora.

Como parte de esta investigación se realizó una encuesta en el 2015 para conocer la opinión de la población sobre la colaboración de los médicos generales y especialistas de la red. Posteriormente se implementó una intervención para mejorar la colaboración entre los médicos en una parte de la red. En este momento estamos realizando una segunda encuesta para conocer los posibles cambios y así evaluar los resultados de la intervención.

La información que usted nos proporcione es muy importante ya que permitirá identificar los problemas existentes en la atención y proponer cambios con la finalidad de mejorar la atención a los pacientes. Los resultados de la encuesta serán divulgados posteriormente, pero se procesarán de forma agregada para asegurar su confidencialidad.

Las personas que utilicen esta información están obligadas por ley a proteger la confidencialidad de la información, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la antes mencionada, por lo que podemos asegurar la confidencialidad de los datos.

Artículo 12 de la Ley Nº 18.335 Pacientes y usuarios de los servicios de salud

Capítulo III del Decreto Nº 379/008 - Investigación en Seres Humanos

Le agradecemos su colaboración.

DATOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Entrevistador/a: _____ ___

Fecha: ___ ___/___ ___/___ ___

Hora de comienzo:___ ___:___ ___

Departamento: (1) Soriano (2) Río Negro (3) Colonia (4) Durazno) (5) Florida (6) San José (7) Flores ___

Municipio / localidad / ciudad: _____ ___

Unidad a Asistencial (donde ha sido seleccionado):_____ ___

Lugar de la entrevista: (1) **Unidad a Asistencial** Otro, ¿cuál? _____ ___

Momento de la entrevista:

(1) Después de la consulta realizada en el día de selección

(2) Antes de la consulta realizada en el día de selección

Otro, cuál?_____ ___

1

Cuestionario CCAENA-UR 2017 Nº: _ _ _ _ _

SECCIÓN 1. PROBLEMAS DE SALUD

1.1. ¿Qué enfermedades, dolencias o problemas de salud padece o ha padecido en los últimos seis meses? *SE REGISTRAN TODAS LAS ENFERMEDADES (CRÓNICAS Y AGUDAS)*

EXPERIENCIAS DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

SECCIÓN 2. CONSULTA con MÉDICO GENERAL (después de haber ido al ESPECIALISTA)

2.1. En los últimos seis meses, ¿ha consultado a algún especialista?

(1) Sí (2) No → Sección 4 (98) NS / NC → Sección 4

2.1.1. ¿En qué centro(s) fue atendido? *VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED. EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA SECCIÓN 4*

2.1.2. ¿Para qué enfermedad(es), dolencias o problemas de salud consultó al especialista en _____ (nombrar sólo el/los centros de la red donde fue atendido según la pregunta anterior)**?**

2.1.3. ¿Por alguna de estas enfermedades consultó después al médico general?

(1) Sí (2) No → Sección 3 (98) NS / NC → Sección 3

2.1.4. ¿En qué centro fue atendido? *VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED. EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA PREGUNTA 3.1*

2.1.5. ¿Para qué enfermedad, dolencia o problema de salud? *EN CASO DE MÁS DE UNA CONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED*

***LEER:** A continuación le preguntaré en relación a la consulta con el médico general por _____ (nombrar enfermedad de la pregunta **2.1.5**) después de ser atendido por el especialista por esta misma enfermedad*

2.2. ¿Dónde le programaron la consulta con el médico general?

(1) Policlínica (2) Hospital (3) Centro auxiliar Otro, ¿cuál? _____ (98) NS/NC

2.3. ¿Tuvo algún problema para conseguir turno con el médico general?

(1) Sí (2) No → p.2.4 (98) NS / NC → p.2.4

2.3.1. ¿Cuál? *INDICAR*

2.4. ¿Acudió al médico general porque lo envió el especialista?

(1) Sí (2) No → p.2.6 (98) NS / NC → p.2.6

2.5. ¿Cuánto tiempo pasó desde que el especialista lo envió al médico general hasta que fue atendido? día

ANOTAR DÍAS _____ *ANOTAR MESES* _____ (998) NS / NC → p.2.6

2.5.1. ¿Qué le pareció el tiempo? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA*

(1) Corto (2) Medio (3) Largo (98) NS / NC

2.6. ¿El especialista le dio un informe para el médico general?

(1) Sí (2) No → p.2.7 (98) NS / NC→ p.2.7

2.6.1. ¿El informe que le entregó para el médico general, hacía referencia al proyecto Equity (Hoja de Referencia/Contra-Referencia)

(1) Sí (2) No → p.2.7 (98) NS / NC → p.2.7

2.6.2. ¿Cree que la Hoja de Referencia y Contra-Referencia del proyecto Equity, es útil? (1) Sí (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → p.2.7	___ ___
2.6.3 ¿Por qué? *INDICAR*	___ ___ ___ ___
2.7. ¿El médico general tenía información sobre el tratamiento y recomendaciones que le había dado el especialista antes de que Ud. se lo explicara? *LEER OPCIONES DE RESPUESTAS* (1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (4) No me dio tratamiento / recomendaciones (98) NS / NC	___ ___
2.8. ¿El médico general le repitió algún examen (de laboratorio, radiografía) que ya le había realizado el especialista? (1) Sí (2) No → p.2.9 (3) No me ordenó pruebas → p.2.9 (4) El especialista no me había realizado pruebas → p.2.9 (98) NS / NC → p.2.9	___ ___
2.8.1. ¿Por qué cree que le repitió el examen? *RESPUESTA MÚLTIPLE* (1) No tenía acceso a los resultados de los exámenes (2) Desconfiaba de los resultados (3) Hacía mucho tiempo que habían realizado el examen (4) No le preguntó si ya se había realizado el examen (5) Era un examen de control / seguimiento Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NC	___ ___ ___ ___
2.9. ¿El médico general le resolvió el motivo por el que consultó? (1) Sí → p.2.10 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → p.2.10	___ ___
2.9.1. ¿Por qué? *INDICAR*	___ ___ ___ ___
2.10. ¿Se sintió conforme con la atención brindada por el médico general en ocasión de su consulta? (1) Sí (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → Sección 3	___ ___
2.10.1 ¿Por qué? *INDICAR*	___ ___ ___ ___

SECCIÓN 3.CONSULTA con MÉDICO ESPECIALISTA (después de haber ido al MÉDICO GENERAL)	
**** LEER solo si respondió la sección 2**: Usted mencionó que consultó al especialista en los últimos seis meses por _____ y _____ (recordar todas las enfermedades pregunta **2.1.2**)*	
3.1. ¿Había consultado antes a un médico general por alguna de estas enfermedades? (1) Sí (2) No → Sección 4 (98) NS / NC → Sección 4	___ ___
3.1.1. Alguna de estas consultas al médico general, ¿ha sido en los últimos seis meses? (1) Sí (2) No → Sección 4 (98) NS / NC → Sección 4	___ ___
3.1.2. ¿En qué centro fue atendido? *VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR SECCIÓN 4*	___ ___ ___ ___
3.1.3. ¿Para qué enfermedad, dolencia o problema de salud? *EN CASO DE MÁS DE UNA CONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED*	___ ___ ___ ___ ___ ___

** **LEER**: A continuación le preguntaré en relación a la consulta **con el médico especialista** por _____ (nombrar enfermedad de la pregunta **3.1.3**) después de ser atendido por el médico general por esta enfermedad*

3.2. ¿Cuál es la especialidad del médico que lo atendió? *INDICAR* ___ ___

3.3. ¿Quién lo envió al _____ (nombrar al especialista enunciado anteriormente)? ___ ___
(1) Médico general (2) El mismo especialista → p.3.11 (3) Médico de emergencias → p.3.11
(4) Otro especialista → p.3.11 (5) Iniciativa propia → p.3.11 (98) NS / NC→ p.3.11
Otro, ¿cuál? _____ → p.3.11

3.4. ¿Le informaron a qué centro u hospital tenía que ir para la consulta? ___ ___
(1) Sí (2) No (98) NS / NC

3.5. ¿Dónde le pidieron la hora para la consulta con el _____ (nombrar al especialista)? ___ ___
(1) Policlínica (2) Hospital (3) Centro auxiliar Otro, ¿cuál? _____ (98) NS/NC

3.6. ¿Tuvo algún problema para conseguir hora con el _____ (nombrar al especialista)? ___ ___
(1) Sí (2) No → p.3.7 (98) NS / NC → p.3.7

3.6.1. ¿Cuál? *INDICAR* ___ ___
___ ___

3.7. ¿Cuánto tiempo pasó desde que el médico general lo envió al _____ (nombrar al especialista) hasta que fue atendido? *días*
ANOTAR DÍAS _____ *ANOTAR MESES* _____ (998) NS / NC → p.3.8 ___ ___ ___

3.7.1. ¿Qué le pareció el tiempo? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA* ___ ___
(1) Corto (2) Medio (3) Largo (98) NS / NC

3.8. ¿El médico general le dio un informe para el _____ (nombrar al especialista)? ___ ___
(1) Sí (2) No (98) NS / NC

3.8.1. ¿El informe que le entregó para _____ (nombrar al especialista), hacía referencia al proyecto Equity (Hoja de Referencia/Contra-Referencia)? ___ ___
(1) Sí (2) No (98) NS / NC

3.9. ¿El _____ (nombrar al especialista) que lo atendió conocía el motivo por el cual lo había enviado el médico general, antes de que Ud. se lo explicara? ___ ___
(1) Sí (2) No (98) NS / NC

3.10. ¿El _____ (nombrar al especialista) tenía información sobre su historial clínico con el médico general (otras enfermedades, pruebas realizadas, tratamientos, situación familiar), antes de que Ud. se lo explicara? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA* ___ ___
(1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (98) NS / NC

3.11. ¿El _____ (nombrar el especialista) le repitió algún examen (de laboratorio, radiografía) que ya le había realizado el médico general? ___ ___
(1) Sí (2) No → p.3.12 (3) No me ordenó pruebas → p.3.12
(4) El médico general no me había realizado pruebas → p.3.12 (98) NS / NC→ p.3.12

3.11.1. ¿Por qué cree que le repitió el examen? *RESPUESTA MÚLTIPLE* ___ ___
(1) No tenía acceso a los resultados del examen (2) Desconfiaba de los resultados
(3) Hacía mucho tiempo que habían realizado el examen (4) No le preguntó si ya se había realizado el examen
(5) Era un examen de control / seguimiento
Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NC

3.12. Después de la consulta, ¿a dónde lo envió el _____ (nombrar al especialista)? *RESPUESTA MÚLTIPLE* ___ ___
(1) A ningún sitio / a casa (2) Al médico general (3) Me citó de nuevo
(4) A otro especialista (5) Me programó una internación (6) A emergencias
Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NC

3.13. ¿El _____ (nombrar al especialista) le dio un informe para el médico general? (1) Sí (2) No→ p.3.14 (98) NS / NC→ p.3.14	___ ___
3.13.1. ¿El informe que le entregó para el médico general, hacia referencia al proyecto Equity (Hoja de Referencia/Contra-Referencia)? (1) Sí (2) No (98) NS / NC	___ ___
3.14. ¿El _____ (nombrar al especialista) le resolvió el motivo por el que consultó? (1) Sí → p.3.15 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → p.3.15	___ ___
3.14.1 ¿Por qué? *INDICAR*	___ ___ ___ ___
3.15. ¿Se sintió conforme con la atención brindada por el _____ (nombrar al especialista) en ocasión de su consulta? (1) Sí (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → p.3.16	___ ___
3.15.1 ¿Por qué? *INDICAR*	___ ___ ___ ___
→ Sólo en los casos en que en las preguntas 3.8.1 y 3.13.1 respondieron que la hoja de Referencia/Contra-Referencia que le entregaron era la del proyecto Equity **3.16. ¿Cree que la Hoja de Referencia y Contra-Referencia del proyecto Equity, es útil?** (1) Sí (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → **Sección 4**	___ ___
3.16.1 ¿Por qué? *INDICAR*	___ ___ ___ ___
SECCIÓN 4. CONSULTA con MÉDICO GENERAL (después de haber ido a la EMERGENCIAS)	
4.1. En los <u>últimos seis meses</u>, ¿le han atendido en los servicios de emergencias? (1) Sí (2) No → Sección 6 (98) NS / NC → Sección 6	___ ___
4.1.1. ¿En qué centro(s) fue atendido? *VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA SECCIÓN 6*	___ ___ ___ ___
4.1.2. ¿Para qué enfermedad(es), dolencias o problemas de salud fue a emergencias en _____ (nombrar solo el/los centros de la red donde fue atendido, según la pregunta anterior)?	___ ___ ___ ___ ___ ___
4.1.3. ¿Por alguna de estas enfermedades consultó <u>después</u> al <u>médico general</u>? (1) Sí (2) No → Sección 5 (98) NS / NC → Sección 5	___ ___
4.1.4. ¿En qué centro fue atendido? *VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA PREGUNTA 5.1*	___ ___ ___ ___
4.1.5. ¿Para qué enfermedad? *EN CASO DE MÁS DE UNA CONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED*	___ ___ ___ ___ ___ ___
**** LEER**: A continuación le preguntaré en relación a la consulta **con el médico general** por _____ (nombrar enfermedad de la pregunta **4.1.5**) después de ser atendido en emergencias por esta misma enfermedad*	
4.2. ¿Dónde le programaron la consulta con el médico general? (1) Policlínica (2) Hospital (3) Centro auxiliar Otro, ¿cuál? _____ (98) NS/NC	___ ___
4.3. ¿Tuvo algún problema para conseguir turno con el médico general? (1) Sí (2) No → p. 4.4 (98) NS / NC → p. 4.4	___ ___
4.3.1. ¿Cuál? *INDICAR*	___ ___ ___ ___

4.4. ¿Acudió al médico general porque lo envió el médico de emergencias? (1) Sí (2) No → p.4.6 (98) NS / NC → p.4.6	__ __
4.5. ¿Cuánto tiempo pasó desde que el médico de emergencias lo envió al médico general hasta que fue atendido? *ANOTAR DÍAS* _____ *ANOTAR MESES* _____ (998) NS / NC→ p.4.6	*días* __ __ __
4.5.1. ¿Qué le pareció el tiempo? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA* (1) Corto (2) Medio (3) Largo (98) NS / NC	__ __
4.6. ¿El médico de emergencia le había dado un informe para el médico general? (1) Sí (2) No (98) NS / NC	__ __
4.7. ¿El médico general tenía información sobre el tratamiento y recomendaciones que le había dado el médico de emergencias antes de que Ud. se lo explicara? *LEER OPCIONES DE RESPUESTAS* (1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (4) No me dio tratamiento / recomendaciones (98) NS / NC	__ __
4.8. ¿El médico general le resolvió el motivo por el que consultó? (1) Sí → p.4.9 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → p.4.9	__ __
4.8.1. ¿Por qué? *INDICAR*	__ __ __ __
4.9. ¿Se sintió conforme con la atención brindada por el médico general en ocasión de su consulta? (1) Sí (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → Sección 5	__ __
4.9.1. ¿Por qué? *INDICAR*	__ __ __ __

SECCIÓN 5. Consulta en EMERGENCIAS DEL HOSPITAL (después de haber consultado al MÉDICO GENERAL)	
**** LEER solo si respondió la sección 4:** Usted mencionó que fue atendido en la emergencia del hospital en los últimos seis meses por _____ y _____ **(recordar** todas las **enfermedades** pregunta 4.1.2)*	
5.1. ¿Había consultado antes a un médico general por alguna de estas enfermedades? (1) Sí (2) No → Sección 6 (98) NS / NC → Sección 6	__ __
5.1.1. ¿Alguna de estas consultas al médico general, ¿ha sido en los últimos seis meses? (1) Sí (2) No → Sección 6 (98) NS / NC → Sección 6	__ __
5.1.2. ¿En qué centro fue atendido? *VERIFICAR QUE SEAN CENTROS DE LA RED, EN CASO QUE NINGUNO LO SEA, IR A LA SECCIÓN 6*	__ __ __ __
5.1.3. ¿Para qué enfermedad, dolencia o problema de salud? *EN CASO DE MÁS DE UNA CONSULTA, ANOTAR LA ENFERMEDAD DE LA ÚLTIMA CONSULTA EN UN CENTRO DE LA RED*	__ __ __ __ __ __
**** LEER**: A continuación le preguntaré en relación a la consulta **en emergencia** por _____ **(nombrar enfermedad** de la pregunta **5.1.3)** después de ser atendido por el médico general por esta misma enfermedad*	
5.2. ¿Quién tomó la decisión de que fuera a emergencias? (1) Médico general → p.5.3 (2) Médico especialista → p.5.5 (3) Iniciativa propia, familiar o acompañante → p.5.5 Otro, ¿quién? _____ → p.5.5 (98) NS / NC → p.5.5	__ __
5.3. ¿El médico general le dio un informe para el médico de emergencias? (1) Sí (2) No (98) NS / NC	__ __

5.4. ¿El médico de emergencias tenía información sobre su historial clínico con el médico general (otras enfermedades, pruebas realizadas, tratamientos, situación familiar, entre otras Ud. lo explicara? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA*

(1) Sí, toda (2) Sí, alguna (3) No (98) NS / NC ___ ___

5.5. Después de la consulta, ¿a dónde lo envió el médico de emergencias? *RESPUESTA MÚLTIPLE*

(1) A ningún sitio / a casa (2) Al médico general (3) A un especialista

(4) Quedé internado → Sección 6 (5) Me programaron una internación (98) NS / NC ___ ___

Otro, ¿cuál? _____ ___ ___

5.6. ¿El médico de emergencias le dio un informe para el médico general?

(1) Sí (2) No (98) NS / NC ___ ___

5.7. ¿El médico de emergencias le resolvió el motivo por el que consultó?

(1) Sí → p.5.8 (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → p.5.8 ___ ___

5.7.1. ¿Por qué? *INDICAR*

___ ___

___ ___

5.8. ¿Se sintió conforme con la atención brindada en emergencias en ocasión de su consulta?

(1) Sí (2) No (3) Parcialmente (98) NS / NC → Sección 6 ___ ___

5.8.1. ¿Por qué? *INDICAR*

___ ___

___ ___

SECCIÓN 6. ACCESIBILIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

** **LEER**: Las preguntas a continuación hacen referencia a la atención recibida en los centros de salud de la red de los departamentos de* Soriano, Colonia, Río Negro, Durazno, Flores, Florida y San José, *según corresponda.*

6.1. En los <u>últimos seis meses</u>, ¿alguna vez le enviaron a algún médico de estos centros y <u>no ha podido acudir?</u> *(MOSTRAR LISTADO DE CENTROS DE LA RED SEGÚN CORRESPONDA)*

(1) Sí (2) No → p.6.2 (3) No me han enviado → p.6.3 (98) NS / NC → p.6.2 ___ ___

6.1.1. ¿A qué médico le enviaron? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA. SI OCURRIÓ MÁS DE UNA VEZ; ANOTAR LA ÚLTIMA*

(1) Médico general (2) Médico especialista (3) Médico de emergencias

(4) Médico especialista para internación (98) NS / NC ___ ___

6.1.2. ¿Por qué no pudo acudir? *INDICAR*

___ ___

___ ___

6.1.3. El hecho de que no pudiera acudir, ¿cómo le parece que afectó a su salud? *INDICAR*

___ ___

___ ___

6.2. En los <u>últimos seis meses</u>, ¿alguna vez le enviaron a algún médico de estos centros y <u>no lo atendieron</u>? (referido a consultas en los centros de las redes)

(1) Sí (2) No → p.6.3 (98) NS / NC ___ ___

6.2.1. ¿A qué médico le enviaron? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA. SI OCURRIÓ MÁS DE UNA VEZ; ANOTAR LA ÚLTIMA*

(1) Médico general (2) Médico especialista (3) Médico de emergencias

(4) Médico especialista para internación (98) NS / NC ___ ___

6.2.2. ¿Quién lo envió? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA*

(1) Médico general (2) Médico especialista (3) Médico de emergencias

(4) Médico especialista para internación (98) NS / NC ___ ___

6.2.3. ¿Por qué no le atendieron? *INDICAR*	__ __ __ __
6.2.4. El hecho que no le atendieran, ¿cómo le parece que afectó a su salud? *INDICAR*	__ __ __ __
6.3. En los <u>últimos seis meses</u>, ¿tuvo alguna dificultad para seguir con el <u>tratamiento o realizarse los exámenes</u> que le indicaron los médicos de la policlínica u hospital? (referido a consultas en los centros de las redes) (1) Sí (2) No → p.6.4 (3) No me indicaron tratamiento ni pruebas → p.6.4 (98) NS / NC → p.6.4	__ __
6.3.1. ¿Qué dificultades? *INDICAR*	__ __ __ __
6.3.2. ¿Cómo le parece que estas dificultades afectaron a su salud? *INDICAR*	__ __ __ __
6.4. Ha consultado en estos <u>últimos seis meses</u>, algún otro servicio de salud de … ?	
6.4.1. Mutualista integrada a SNIS (1) Sí (2) No (98) NS / NC	__ __
6.4.2. Medicina particular o privada (1) Sí (2) No (98) NS / NC	__ __
6.4.3. Otro (1) Sí (2) No (98) NS / NC	__ __
→ Preguntar sólo si ha respondido afirmativamente en alguna de las preguntas anteriores (6.4.1.-6.4.2.) **6.4.5. ¿Por qué no realizó la consulta en los servicios de salud de la red ASSE?** *INDICAR*	__ __ __ __

SECCIÓN 7. PERCEPCIÓN DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

** **LEER**: Las preguntas a continuación son sobre la atención que ha recibido en los servicios de ASSE para **cualquier enfermedad**.*
NO CONTESTE** para la **atención particular o privada
** **Responda** a las siguientes preguntas **empleando**: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca*

	Siempre	*Muchas veces*	*Pocas veces*	*Nunca*	*NA*	*NS*	*NC*
7.1. ¿El **médico general** conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le han dado, antes de que usted se lo explique?							
7.2. ¿Los **especialistas** conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general le ha dado, antes de que usted se lo explique?							
7.3. ¿El **médico general** le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?							
7.4. ¿El **médico general** está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?							
7.5. ¿Los **especialistas** están de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general le da?							
7.6. ¿El **médico general** lo envía a los especialistas cuando usted lo necesita?	→ p.7.7				→ p.7.7	→ p.7.7	→ p.7.7
7.6.1. ¿Por qué no lo envía cada vez que es necesario?							__ __ __ __

7.7. ¿Usted piensa que el **médico general** y los **especialistas** colaboran para resolver sus problemas de salud?							
7.7.1. ¿Por qué?						___ ___	
7.8. Cuando el **médico general** le envía **al médico especialista**, ¿tiene que esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta?							
7.9. Después de la consulta con *el **médico especialista***, cuando solicita hora con el ***médico general***, ¿tiene que esperar mucho hasta el día de la consulta?							
7.10. ¿Le programan hora *con los* ***especialistas*** a los que le resulta difícil acudir porque no consultaron su disponibilidad?							

SECCIÓN 8. FACTORES RELACIONADOS CON LA CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

** **LEER**: Las preguntas a continuación son sobre la atención que ha recibido en los servicios de ASSE para **cualquier enfermedad**. **NO CONTESTE** para la **atención particular o privada***

** **Responda** a las siguientes preguntas **empleando**: siempre, muchas veces, pocas veces y nunca*

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	NA	NS	NC
8.1. Cuando usted pide hora con el **médico general**, ¿es atendido por el mismo médico?							
8.2. ¿Confía en la capacidad profesional del **médico general** que le atiende?							
8.3. ¿La información que le da el **médico general** sobre su enfermedad es suficiente?							
8.4. Cuando usted pide hora con el **especialista** para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?							
8.5. ¿Confía en la capacidad profesional de los **especialistas** que lo atienden?							
8.6. ¿La información que le dan sus **especialistas** sobre su enfermedad es suficiente?							

9. DATOS DE ASEGURAMIENTO

9.1. ¿Cuál es su estatuto de usuario de ASSE? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA*

(1) Gratis (2) Fonasa (3) Cuotas (4) Sanidad militar o policial (98) NS / NC ___ ___

9.2. ¿Desde que año se atiende en ASSE?

AÑO ___ ___ ___ ___

9.3. ¿Ha estado en otro estatuto anteriormente?

(1) Sí (2) No → p.9.4 (98) NS / NC → p.9.4 ___ ___

9.3.1. ¿Cuál? *RESPUESTA MÚLTIPLE. LEER OPCIONES DE RESPUESTA* ___ ___

(1) Gratis (2) Fonasa (3) Cuotas (4) Sanidad militar o policial (98) NS / NC ___ ___

9.3.2. ¿Por qué cambió de estatuto? *INDICAR* ___ ___ ___ ___

9.4. ¿Tiene usted otra cobertura en salud / plan complementario de salud? (Ej: emergencia móvil, servicio de acompañantes, etc)

(1) Sí (2) No → Sección 10 (98) NS / NC → Sección 10 ___ ___

9.4.1. ¿Cuál es el nombre de la empresa con quién contrató el plan complementario de salud? *INDICAR*	___ ___
9.4.2. ¿Quién lo paga? (1) Usted mismo(a) (2) Descuentan de su sueldo Otro, ¿quién? _____ (98) NS / NC	___ ___

10. DATOS DE MORBILIDAD GENERAL Y SOCIODEMOGRÁFICOS

10.1. ¿Cómo define su salud? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA* (1) Muy buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) Muy mala (98) NS / NC	___ ___
10.2. Cuando tiene un problema de salud, ¿acostumbra a ir al mismo centro de salud / hospital? (1) Sí (2) No → p.10.3 (98) NS / NC → p.10.3	___ ___
10.2.1. ¿Cuál? *INDICAR*	___ ___ ___ ___
10.3 Anotar sexo: (1) Hombre (2) Mujer (98) NS / NC	___ ___
10.4. Fecha de nacimiento : ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____ ____	
10.5. País de nacimiento: (1) Uruguay Otro, ¿cuál?_____	___ ___
10.6. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este departamento? *ANOTAR AÑOS* _____ *(si el usuario lleva 11 meses, anotar 0 años)* (98) NS / NC	___ ___
10.7. Estado civil (1) Soltero(a) (2) Casado(a) (3) Unión libre (4) Viudo(a) (5) Separado(a) Otro, ¿cuál? _____ (98) NS / NC	___ ___
10.8. Último nivel de estudios que aprobó: _____ (1) Ninguno (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Terciario incompleto (7) Terciario completo (8) Universitario incompleto (9) Universitario completo (10) Postgrado (98) NS/NC	___ ___
10.9. ¿Es usted el jefe(a) del hogar? *LEER OPCIONES DE RESPUESTA* (1) Sí → p.10.11 (2) Sí, compartido con otra persona (3) No (98) NS / NC	___ ___
10.10. Último nivel de estudios aprobado por el (otro/a) jefe/a del hogar: _____ (1) Ninguno (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Terciario incompleto (7) Terciario completo (8) Universitario incompleto (9) Universitario completo (10) Postgrado (98) NS/NC	___ ___
10.11. ¿Cuántas personas ocupan la vivienda en la que reside incluido usted (personas que comparten gastos de comida y vivienda)?	___ ___
10.12. ¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubicó el ingreso del hogar del último mes, aproximadamente? _____ (1) Sin ingreso (2) Hasta $6.132 (1/2 salario mínimo) (3) De $6.133 a $12.265 (1/2-1 salario mínimo) (4) De $12.266 a $24.530 (1-2 salarios mínimos) (5) De $24.531 a $36.795 (2-3 salarios mínimos) (6) De $36.796 a $49.060 (3-4 salarios mínimos) (7) De $49.061 a $61.325 (4-5 salarios mínimos) (8) De $61.326 a $122.650 (5-10 salarios mínimos) (9) De $122.651 a $183.975 (10-15 salarios mínimos) (10) $183.976(más de 15 salarios mínimos) (98) NS/NC	___ ___

→ Sólo en los casos en que no haya respondido el cuestionario la persona enferma

10.13. ¿Cuál es su relación con la persona enferma?

(1) Hijo(a) (2) Mamá/Papá (3) Nieto/Nieta (4) Abuelo/Abuela
(5) Pareja (6) Cuidador pagado Otro, ¿quién? _____ ___

SECCIÓN 11. RESPONDER AL FINAL DE LA ENTREVISTA

11.1 ¿Había usted respondido este cuestionario en el año 2015?

(1) Sí (2) No (98) NS / NC ___

11.2. ¿Estaría interesado/a en recibir los resultados del estudio?

(1) Sí → *RECOGE DATOS DE CONTACTO (correo electrónico, teléfono) EN EL FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO* (2) No

¿Hay algún comentario adicional que quiera hacer?_____

_____

_____

*** MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

SECCIÓN 12. RESPONDER DESPUÉS DE LA ENTREVISTA POR ENTREVISTADOR

12.1. Hora de finalización: ___ ___ : ___ ___

12.2. ¿Cómo fue la colaboración del entrevistado?

(1) Buena (2) Regular (3) Mala ___

12.3. ¿Cómo fue la comprensión de las preguntas?

(1) Buena (2) Regular (3) Mala ___

12.4. Observaciones generales del entrevistador

_____

_____

SECCIÓN 13. RESPONDER DESPUÉS DE LA ENTREVISTA POR SUPERVISOR

13.1 ¿Se realiza control con entrevistado por parte del supervisor?

(1) Si → p. 13.2 (2) No ___

13.2 ¿Qué tipo de control?

(1) Telefónico (2) Personal (3) Otro, cuál?..... ___

13.3 Discrepancia encontrada entre respuestas. (Precisar número de pregunta)

_____

_____

_____

_____

_____

13.4 Observaciones generales del/la supervisor/a

_____

_____

_____

_____

_____

Anexo 2 Enfermedades crónicas seleccionadas según especialidades que muestran la conveniencia de incorporar la perspectiva de género en estudios

Especialidad	Enfermedades frecuentes	Características relevantes sobre diferencias según sexo o desigualdades de género
Nefrología	Enfermedad renal crónica	Diferencia por sexo en la estructura del riñón y el tracto urinario, en la hemodinámica sistémica o glomerular, en los efectos celulares directos de las hormonas sexuales y en el consumo de proteínas y calorías Las mujeres con enfermedad renal no diabética experimentan una progresión más lenta de la enfermedad renal crónica. El efecto renoprotector del sexo femenino en la enfermedad renal no diabética parece independiente de la presión sanguínea y de los valores del colesterol sérico. No obstante, el sexo femenino no parece proteger al riñón diabético
	Enfermedad renal en etapa final	Menor probabilidad de que las fístulas arteriovenosas se utilicen para la diálisis en mujeres que en hombres, por la creencia de

		que las mujeres en hemodiálisis tienen vasos de menor calibre que los hombres. Sin embargo, los diámetros de las venas no difieren y los diámetros arteriales son más pequeños solo en los antebrazos distales de las mujeres, pero suficientes para la realización exitosa de la fístula. Las mujeres son más donantes de riñón y menos receptoras de este órgano
Reumatología	Enfermedades reumáticas autoinmunitarias	Más frecuentes en mujeres que en hombres Existe un retraso diagnóstico significativo en las mujeres en comparación con los hombres
	Lupus eritematoso sistémico	Más frecuente en mujeres en edad reproductiva que en hombres (9:1). Sin embargo, estos tienen mayor mortalidad que las mujeres
	Esclerosis múltiple	Diferencia notable en la ratio mujer/hombre (en las poblaciones occidentales 4,3:1). La ratio parece estar aumentando con el tiempo
	Artritis reumatoide	Distribución 3-4:1 en mujeres y hombres. Se ve afectada por cambios hormonales (p.

		ej., durante el embarazo)Los hombres se benefician más de las terapias dirigidas contra el factor de necrosis tumoral que las mujeres, con mayores tasas de remisión
Gastroenterología y hepatología	Enfermedades autoinmunitarias	Las mujeres se ven más afectadas (hepatitis autoinmunitaria y cirrosis biliar primaria)
	Enfermedades infecciosas	Uso de drogas intravenosas como factor de riesgo más alto para virus de la hepatitis B y C en mujeres (aumento de la prevalencia de intercambio de agujas y equipos, y de las relaciones sexuales de sus parejas)Factores biológicos (hormonas sexuales) que parecen perjudicar más a las mujeres
	Enfermedades mecánicas: reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo	Las mujeres son más propensas a padecer el reflujo no erosivo en comparación con el erosivo y el esófago de BarrettLas mujeres reportan una calidad de vida significativamente peor en los reflujos erosivos y el esófago de Barrett que los hombres
	Enfermedades funcionales:	Razón mujer/hombre 2:1.Las diferencias por sexo no se miden con facilidad, debido a que la mayoría de los estudios no incluyen

	síndrome del intestino irritable	suficientes hombres Confusión del síndrome del intestino irritable con lo que será diagnosticado como enfermedad inflamatoria intestinal
Endocrinología	Osteoporosis y enfermedades relacionadas con estilos de vida	Frecuentes en mujeres en la posmenopausia Los hombres pueden estar infradiagnosticados Mayor riego de mortalidad tras fracturas de cadera en hombres Determinantes del estado de salud a incluir por diferencias entre sexos y por relevancia desde la perspectiva de género: resistencia a la insulina y secreción de células beta; apetito y ganancia de peso; estructura ósea y osteoporosis
Neurología	Enfermedades neurológicas inflamatorias	Más común en las mujeres (2-3:1).Los hombres padecen con mayor frecuencia la forma progresiva, a edades más avanzadas y con peor pronóstico Unida en mujeres a enfermedades autoinmunitarias (tiroiditis de Hashimoto y artritis reumatoide)
	Enfermedades neurológicas degenerativas	Mayor prevalencia de demencia en las mujeres Se detecta antes en hombres por edades de inicio cercanas a la jubilación y

		los problemas de memoria que aparecen, aumentando la demanda sanitaria Enfermedad de Parkinson: incidencia 1,5 veces mayor en hombres En Alzheimer y Parkinson las mujeres presentan síntomas depresivos con mayor frecuencia
	Derrame cerebral	Mueren más mujeres que hombres Protección frente a accidente cerebrovascular en mujeres solo en etapa fértil Datos limitados sobre diferencias por sexo de factores de riesgo cardiovascular, tiempos de tratamiento y resultados Tendencias accidente cerebrovascular: mujeres mayores, más historia de fibrilación auricular o enfermedad arterial coronaria, situaciones más graves y peor resultado funcional .
Cardiología	Enfermedad isquémica crónica del corazón	En mujeres mayores y con diabetes mellitus tipo 2 como factor de riesgo Factores genéticos diferentes por sexo Las diferencias fisiopatológicas de la arteria coronaria (en casos de enfermedad no obstructiva) producen diferentes enfoques diagnósticos y terapéuticos Las ecografías

	son válidas en ambos sexos, pero el electrocardiograma de esfuerzo es engañoso en las mujeres Mujeres infradiagnosticadas y con retraso.
Enfermedades por insuficiencia cardiaca	Más frecuentes en mujeres, habitualmente con función sistólica normal o insuficiencia cardiaca diastólica; los hombres insuficiencia cardiaca sistólica Cardiomiopatía de Tako-Tsubo casi exclusivamente en mujeres, precedida por estrés psicológico Las mujeres con insuficiencia cardiaca reciben tratamientos menos invasivos, dispositivos y trasplantes que los hombres. Solo el 25% de los trasplantes de corazón se hacen en mujeres, aunque la tasa de supervivencia es similar en ambos sexos Diferencias por sexo en farmacocinética (mayores efectos adversos en mujeres con el uso de betabloqueantes y diuréticos)
Infarto agudo de miocardio	Mortalidad similar Síntomas diferenciales: las mujeres más variedad Mayor probabilidad de muerte súbita isquémica en los hombres Estrés social como principal

		determinante de reinfarto después del primer infarto en mujeres.
	Factores de riesgo cardiovascular	Necesidad de manejo en las mujeres en función de los nuevos factores de riesgo, fisiopatología y formas de presentación, específicas y diferentes de las de los hombres Se destacan factores asociados a los estereotipos de género; las mujeres han demostrado un mayor retraso en la búsqueda de atención sanitaria, teniendo en cuenta las influencias socioculturales y los estilos de vida Se discuten nuevos algoritmos de clasificación y actuación en las mujeres
Neumología	Enfermedades alérgicas de las vías respiratorias	Diferencias por sexo en personas mayores en cuanto a síntomas, patrón obstructivo y potencial alérgico subyacente
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Aumento de la prevalencia del tabaquismo en mujeres y mayor sensibilidad para la toxicidad del tabaco. También diferencias en el tratamiento farmacológico y la respuesta a este.

	Cáncer de pulmón	Aumento de la prevalencia en mujeres por cambios estilos de vida y tabaco; las campañas preventivas de momento tienen poco enfoque de género

Fuente de información: contenidos traducidos y sintetizados de la web de The Institute of Gender in Medicine (GIM) - Charité University Medicine(Berlín): http://egender.charite.de[57]

Anexo 3 Búsqueda bibliográfica

Fue realizada una revisión integrativa de literatura, para describir e identificar el género y las directrices SAGER como categoría de análisis en la continuidad asistencial. En la pregunta PICO se plantea :adultos perspectiva de género salud directrices SAGER.

Una revisión integrativa es una revisión completa de literatura que permite la comprensión y el análisis de las investigaciones, publicaciones experimentales y no experimentales de forma que investigaciones relevantes de la práctica del conocimiento puedan pasar a ser resumidas por medio de resultados que luego se puedan tomar como insumo y o recomendaciones. El proceso de elaboración se divide en seis etapas: elaboración de preguntas de orientación búsqueda o muestreo en la literatura, recopilación de datos, análisis crítico de los estudios incluidos, discusión de resultados y revisión de presentaciones integrales. Se trata de una revisión integradora de la literatura, con la recopilación de datos a partir de las fuentes secundarias, a través de una encuesta bibliográfica, de características descriptivas, retrospectiva, con un enfoque cualitativo mediante una cuidadosa selección de artículos, a partir de los siguientes descriptores:

Lenguaje académico	Decs	Definición
Genero and continuidad de la atención	Genero	
	continuidad de la atención	

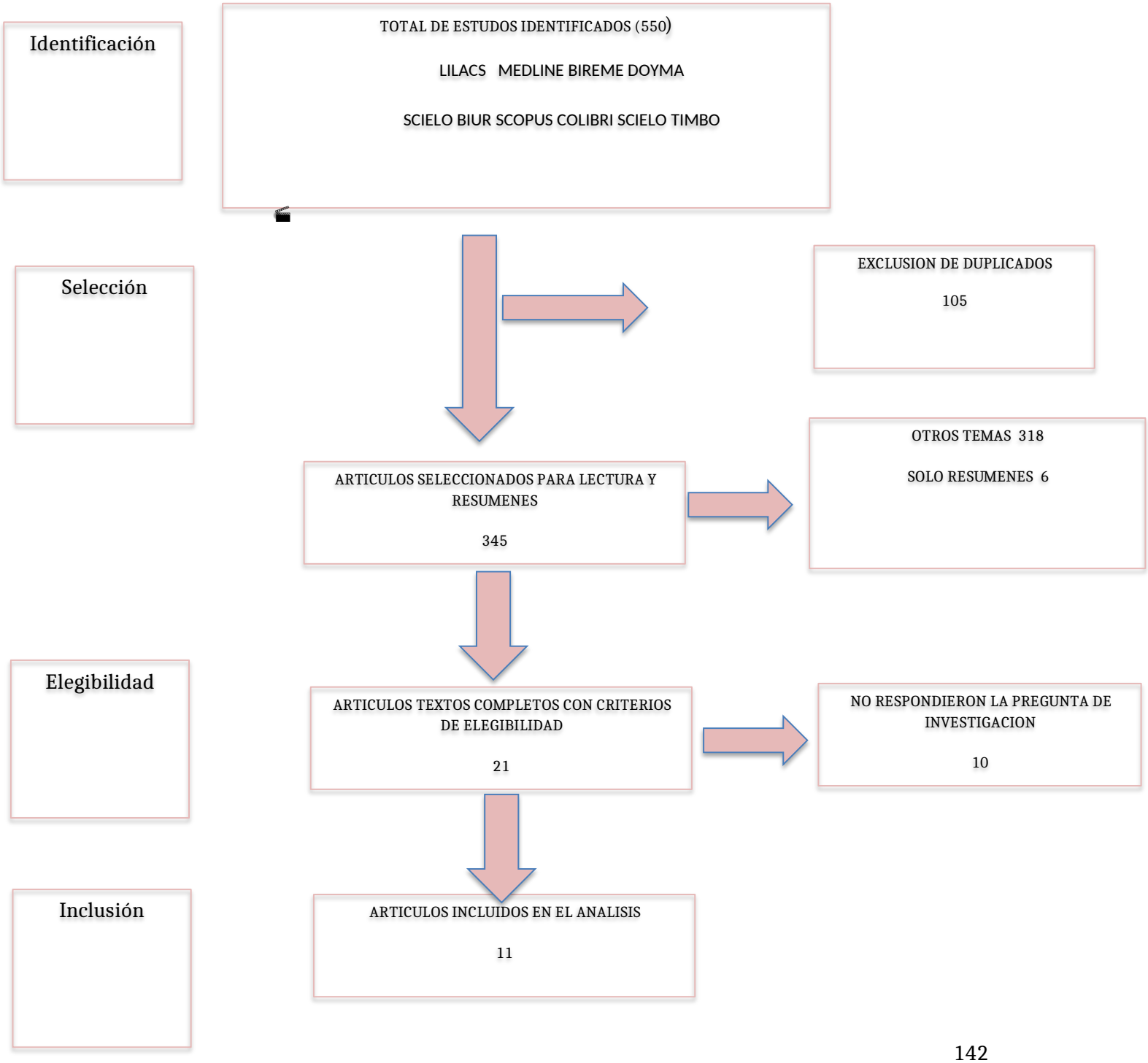
Para la búsqueda se utilizaron artículos publicados desde 2010 a 2021 ambos incluidos, y que tienen los descriptores ya mencionado anteriormente. Publicados en Países latinoamericanos y España. En ese momento, los criterios de inclusión que se utilizaron para seleccionar los artículos fueron: artículos publicado en español, que están directamente relacionado con el tema abordado artículos sobre género como categoría de análisis relacionados con estudios de población general y atención primaria, continuidad de la atención

Los criterios de exclusión fueron artículos relacionados con el medio hospitalario, enfermedades agudas, pediatría, niños, adolescentes, ginecología, reproducción humana, medicinas alternativas, países con idioma diferente al español. Artículos que no están dentro del período seleccionado en este estudio y que no tienen las palabras clave que se seleccionaron para filtrar la búsqueda.

La presente construcción, en cuanto a su metodología, consiste en una revisión de la literatura- los artículos y tesis se clasificaron en empíricos (referidos a una investigación de campo) y teóricos (revisiones, monográficos, editoriales)-. haciendo uso de la investigación descriptiva, sustentada en revistas de las siguientes bases de datos: LILACS - Literatura Latinoamericana en Ciencia de Salud, SCIELO - Biblioteca Científica Electrónica y BIREME - Biblioteca Regional de Medicina, durante los últimos 11 años.
A partir de la aclaración de los objetivos antes mencionados, dicha investigación se presenta como su principal beneficio, contribuir con aclaraciones sobre Continuidad asistencial y perspectiva de género Directrices SAGER. Además, los datos obtenidos se tabularon con la ayuda de programas de texto y se organizaron en tablas y gráficos para

una mejor visualización y análisis de los resultados. Por tanto, fue posible conocer más a fondo Género –continuidad de la atención –Directrices SAGER

Flujograma de recuperación de artículos



Autor	Título	Metodología	Año	Comentarios	Acceso
Ana Delgado (1), Lorena Saletti-Cuesta (1), Carmen Sánchez-Cantalejo (1), et all.	DERIVACIONES EN LOS CENTROS DE SALUD DE ANDALUCÍA SEGÚN EL SEXO DE PROFESIONALES Y PACIENTES. UN ANÁLISIS DE GÉNERO (*)	Cuanti-cualitativo	2014	Estudio transversal y multicéntrico. En atención primaria se han identificado diferencias de práctica según sexo del profesional y, simultáneamente, existen desigualdades de género en la asignación de recursos sanitarios, aspectos ambos que suscitan un interés creciente en la gestión y provisión de servicios de salud.	
Soledad Vázquez-Santiago y Francisco Garrido Pena	El enfoque de género en las necesidades de atención socio-sanitaria	Revisión conceptual	2015	Este trabajo analiza los sesgos de género del sistema sanitario como parte relevante dentro de los determinantes sociales.	
Concha Colomer Revuelta	EL SEXO DE LOS INDICADORES Y EL GENERO DE LAS DESIGUALDADES	articulo revisión	2016	El sistema de salud debería partir de la idea de que, aunque es un derecho, la igualdad en la oferta de servicios no asegura la equidad en el acceso y la efectividad de los mismos en toda la población por igual. Es	

				necesario reconocer que son necesarias acciones diferentes, lo que se llama "acciones afirmativas", pasar de la igualdad a la equidad, para atender las necesidades diversas de la población y actuar en consecuencia, si se quiere conseguir que los servicios no incrementen las desigualdades.	
Maria Lopez Suarez	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Tesis grado:Revision	2016/2017	DescribE qué papel tiene Enfermería en la Gestión de las Desigualdades Sociales de la Salud y en el desarrollo de la Coordinación Sociosanitaria, analizando Estrategias y Programas que gestionan situaciones de vulnerabilidad y conociendo las Competencias de Enfermería en Gestión, y la relación con el Liderazgo, la Ética y la Competencia Política. Se ha realizado una revisión bibliográfica, utilizando como bases de datos Pubmed, Google Académico y páginas de Organismos Oficiales.	
Andreu Bover- Bover	**El impacto de cuidar en el bienestar**	cualitativo	2015	En las narrativas acerca del impacto percibido de los y las participantes,	

	percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género			aparecen temáticas complejas como relaciones conflictivas entre las diversas personas de la familia participantes en el cuidado así como con la persona cuidada, y el impacto emocional es mayor en mujeres que en varones cuidadores. El impacto percibido y las estrategias adaptativas que ellos y ellas utilizan para afrontarlo se enmarca en los patrones y roles sexuales asignados en las sociedades patriarcales.	
Rohlfs, Izabella	"La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud"	cualitativo	2016	En este artículo se presentan las variables que desde una perspectiva de género es importante incluir en las encuestas de salud: el trabajo reproductivo, el trabajo productivo, la clase social, el apoyo social, el estado de salud autopercibido, la calidad de vida, la salud mental y los trastornos crónicos. Además, se comentan	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911100714488

				aspectos relacionados con la formulación de las preguntas, la recogida de los datos y el análisis.	
Pilar Serrano Gallardo	"La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública"	cualitativo	2018	En el presente artículo se recorren aproximaciones teóricas y conceptuales que se han ido vinculando a la perspectiva de género para generar conocimiento, y entre las que se encuentran el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, la naturalización o esencialización, la masculinidad hegemónica en una sociedad patriarcal y el enfoque relacional de género. Por otra parte, se muestran la impronta de la perspectiva de género en cuestiones metodológicas: en la contextualización y fundamentación del problema de investigación, el diseño, en la selección de la	https://scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38suppl5/811-822/es

				población, la muestra y las variables, y en el análisis de los datos.	
Victoria Morcillo Cebolla	Desigualdades en la salud autopercibida de la población española mayor de 65 años	cunatitativo	2018	La salud auto percibida se ha relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas, la utilización de los servicios sanitarios y la mortalidad. valorar y tomar en cuenta las desigualdades en la salud auto percibida de los mayores en relación con la edad, el género, los factores socioeconómicos y el nivel de dependencia	
Shirin Heidari	**Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso**	cualitativo	2019	Las guías SAGER están diseñadas principalmente para ayudar a las/los autoras/es en la elaboración de sus manuscritos, pero también son útiles para las/los editoras/es, como guardianes de la ciencia, para incorporar la evaluación de la existencia de hombres y mujeres y la perspectiva	https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003

				de género en todos los manuscritos como parte integral del proceso editorial.	
Diana Gil González	**Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes.**	2019	cuantitativo	los indicadores de género se presentan como instrumentos útiles y dinámicos hacia la obtención de información que permita identificar los cambios que se producen en la posición social y en las condiciones de vida de mujeres y hombres a lo largo del tiempo; una representación de la realidad que considera la complejidad de la interacción de otros factores, como la posición socioeconómica, la pertenencia a un grupo étnico, el territorio donde se habita o la edad, con el género.	https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.006
Sofía Beatriz da Costa	ENSAYAR CATEGORÍAS SOBRE GÉNERO Y SALUD: UN	cualitativo	2019	El recuento de puntos de acuerdo y disenso que realizamos ha buscado exponer que dentro de los vastos límites de las	

	DESAFÍO NECESARIO			categorías de “género y salud” conviven en tensión distintas posiciones, intereses, disciplinas y geografías que, más allá de las divergencias enumeradas, poseen un enorme potencial de resistencia y transformación frente a la avanzada conservadora que se registra en nuestras latitudes.	

Análisis: Inicialmente se identificaron 650 artículos, los cuales fueron sometidos a la selección de filtros de búsqueda, según criterios de inclusión previamente establecidos.

De este filtro inicial, quedaron excluidos 205 por estar duplicados.

Posteriormente para lectura de títulos y resúmenes quedaron elegidos 445.Tras la lectura se eliminaron 424 por no corresponder a la temática en cuestión. Quedan para analizar 21 estudios de los cuales 10 no responden a la pregunta orientadora.

El presente trabajo constó de 11 documentos, resultado del proceso de filtrado final, presentado en el anterior cuadro de resumen.

Los autores Ana Delgado et al (2012) en su estudio transversal y multicéntrico han identificado diferencias de práctica según sexo del profesional y que simultáneamente,

existen desigualdades de género en la asignación de recursos sanitarios, aspectos ambos que suscitan un interés creciente en la gestión y provisión de servicios de salud. En atención primaria se han identificado diferencias de práctica según sexo del profesional y, simultáneamente, existen desigualdades de género en la asignación de recursos sanitarios, aspectos ambos que suscitan un interés creciente en la gestión y provisión de servicios de salud. existen diferencias de práctica en las derivaciones sanitarias realizadas por médicas y médicos de familia (MF) de centros de salud de Andalucía, existen desigualdades en las derivaciones recibidas por hombres y mujeres, y existe interacción sexo de profesional sexo de paciente. Las condiciones sociales son el ambiente primero que modulan los factores externos que tienen impacto en la salud. A su vez, el género es un factor decisivo dentro de esos determinantes sociales de la salud. En este trabajo analizamos los sesgos de género del sistema sanitario como parte relevante dentro de los determinantes sociales. Distinguimos 3 tipos de sesgo: cognitivo, social e institucional. En los sesgos institucionales analizamos los riesgos y los costes de género derivados de la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de protección social, y finalmente proponemos una serie de medidas para minimizar estos sesgos y riesgos

Pilar Serrano Gallardo et al (2012) plantea la perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública esta perspectiva propone y permite el análisis profundo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con el fin de esclarecer las diferencias e inequidades en salud que están vinculadas al género a los determinantes de las desigualdades sociales en salud, la masculinidad hegemónica en una sociedad patriarcal y el enfoque relacional con el género.

Soledad Vázquez et al (2015) sostiene que las condiciones sociales son el ambiente primero que modulan los factores externos que tienen impacto en la salud. A su vez, el género es un factor decisivo dentro de esos determinantes sociales de la salud. Analiza los sesgos de género del sistema sanitario como parte relevante dentro de los determinantes sociales. Distingue 3 tipos de sesgo: cognitivo, social e institucional. En

los sesgos institucionales analiza los riesgos y los costes de género derivados de la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de protección social, y finalmente propone una serie de medidas para minimizar estos sesgos y riesgos.

Andreu Bover- Bover (2015) En las narrativas acerca del impacto percibido de los y las participantes, presenta temáticas complejas como relaciones conflictivas entre las diversas personas de la familia participantes en el cuidado de familiares con partologias crónicas así como con la persona cuidada, y el impacto emocional es mayor en mujeres que en varones cuidadores. El impacto percibido y las estrategias adaptativas que ellos y ellas utilizan para afrontarlo se enmarca en los patrones y roles sexuales asignados en las sociedades patriarcales. Así, el género y la generación operan en la percepción del impacto en la salud física y psíquica, la dinámica familiar, la actividad laboral y el ocio y las relaciones sociales de las personas cuidadoras. Se discuten las implicaciones que estos resultados pueden tener para las políticas públicas y la práctica e investigación enfermeras.

Concha Colomer Revuelta (2016) argumenta que el sistema de salud debería partir de la idea de que, aunque es un derecho, la igualdad en la oferta de servicios no asegura la equidad en el acceso y la efectividad de los mismos en toda la población por igual. Es necesario reconocer que son necesarias acciones diferentes, lo que se llama “acciones afirmativas”, pasar de la igualdad a la equidad, para atender las necesidades diversas de la población y actuar en consecuencia, si se quiere conseguir que los servicios no incrementen las desigualdades.

María Lopez et al (2016-2017) encuentra que los determinantes sociales de la salud generan enormes desigualdades y un exceso de mortalidad y morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo, el acceso a una asistencia sanitaria de calidad, es requisito necesario, pero no suficiente para reducir estas desigualdades. Enfermería es un agente de cambio social y político con responsabilidades y compromisos en la defensa de la salud personal y colectiva. Describe el papel fundamental que tiene enfermería en la gestión de las desigualdades sociales de la salud y en el desarrollo de la coordinación socio sanitaria, analizando estrategias y programas que gestionan situaciones de vulnerabilidad

fortaleciendo las competencias de enfermería en gestión, y la relación con el liderazgo, la ética y la competencia política.

La identificación y medida de las necesidades de salud de la población es el primer paso para la planificación de las políticas sanitarias. Para garantizar los criterios de equidad es clave conocer la situación de toda la población y, por lo tanto, también la de las mujeres. Las encuestas de salud son una herramienta imprescindible para identificar necesidadesx, pero en general están más centradas en condicionantes primariamente concebidos para explicar la salud de los hombres, tales como los hábitos de salud y la actividad laboral remunerada, sin tener en cuenta suficientemente aspectos como el trabajo doméstico no remunerado que afectaría sobre todo la salud de las mujeres. El principal objetivo de este artículo es destacar la importancia de la perspectiva de género tanto en el diseño como en el análisis de las encuestas de salud y proponer algunas variables, principalmente relacionadas con los trabajos remunerados o no, que deben incluirse para conocer mejor las desigualdades en salud asociadas al género. Asimismo, se discute brevemente el concepto de género y su importancia como uno de los determinantes de las desigualdades en salud.

Izabella Rohlfs et al (2018) Define el género como un constructo analítico, fundamentado en la organización social de los sexos que puede ser utilizado para analizar y entender mejor los condicionantes y las condiciones de vida de mujeres y hombres a partir de los roles que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo. De hecho, la salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud, en el que el género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante. Lo que distingue el abordaje de género es el análisis de las relaciones sociales entre mujeres y hombres teniendo en cuenta que éste también define desigualdades en salud. En este artículo se presentan las variables que desde una perspectiva de género es importante incluir en las encuestas de salud: el trabajo

reproductivo, el trabajo productivo, la clase social, el apoyo social, el estado de salud auto percibido, la calidad de vida, la salud mental y los trastornos crónicos. Además, se

comentan aspectos relacionados con la formulación de las preguntas, la recogida de los datos y el análisis.

Victoria Morcillo Cebolla et al (2018) encontró en su revisión bibliográfica que existen múltiples investigaciones que evidencian desigualdades sociales en salud en las personas mayores de 65 años en España, que afectan principalmente a mujeres y personas con bajo nivel socioeconómico. La salud auto percibida se ha relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas, la utilización de los servicios sanitarios y la mortalidad. valorar y tomar en cuenta las desigualdades en la salud auto percibida de los mayores en relación con la edad, el género, los factores socioeconómicos y el nivel de dependencia. muestra que entre las personas mayores persiste la desigualdad de género y de nivel socioeconómico con respecto a la salud auto percibida. Son necesarios futuros estudios para aclarar los factores que hacen que persistan las desigualdades en los mayores, y así poder diseñar políticas de salud específicas para este sector de la población.

Shirin Heidari et al (2019) Concluye en su trabajo que las directrices SAGER para la incorporación equitativa del sexo y del género en la investigación (Sex and Gender Equit in Research − SAGER) son un procedimiento integral para informar sobre el sexo y el género en el diseño de estudios, análisis de datos, resultados e interpretación del hallazgo. Las guías SAGER están diseñadas principalmente para ayudar a las/las autoras/es en la elaboración de sus manuscritos, pero también son útiles para las/los editoras/es, como guardianes de la ciencia, para incorporar la evaluación de la existencia de hombres y mujeres y la perspectiva de género en todos los manuscritos como parte integral del proceso editorial.

Diana Gil González et al. (2019)Sostiene que identificar las desigualdades de género en salud en la sociedad sigue siendo una prioridad para las ciencias de la salud siendo un esfuerzo por proporcionar a los gobiernos información que oriente el diseño de políticas con sensibilidad de género. Realizó un catálogo de indicadores útiles e innovadores para visibilizar las desigualdades entre mujeres y hombres en diferentes contextos, así como una panorámica completa de las desigualdades de género El género se analiza como una construcción social, como categoría de valores, prácticas y comportamientos que

condicionan la exposición a factores de riesgo para la salud de mujeres y hombres, y como una forma de orden social de lo que se considera socialmente femenino y masculino que influye en la organización de todos los sistemas sociales, incluyendo el sistema de salud los indicadores de género se presentan como instrumentos útiles y dinámicos hacia la obtención de información que permita identificar los cambios que se producen en la posición social y en las condiciones de vida de mujeres y hombres a lo largo del tiempo; una representación de la realidad que considera la complejidad de la interacción de otros factores, como la posición socioeconómica, la pertenencia a un grupo étnico, el territorio donde se habita o la edad, con el género.

Sofía Beatriz da Costa et al (2019) Plantea que el campo del género y la salud es altamente heterogéneo y contiene una multiplicidad de preguntas, enfoques y problemáticas. A través de una revisión y análisis documental, presenta dos cuestiones centrales. Por un lado, la dificultad para agrupar investigaciones altamente diversas, contextos de producción de conocimiento muy desiguales y producciones movilizadas por problemáticas diferentes, con el consiguiente riesgo de presentar una falsa homogeneidad o de visibilizar tensiones, conflictos y diferencias. Por otro, la potencia y el largo camino recorrido por investigadoras interesadas en la salud de las mujeres, las desigualdades sexo-genéricas, el control de los cuerpos femeninos/feminizados.

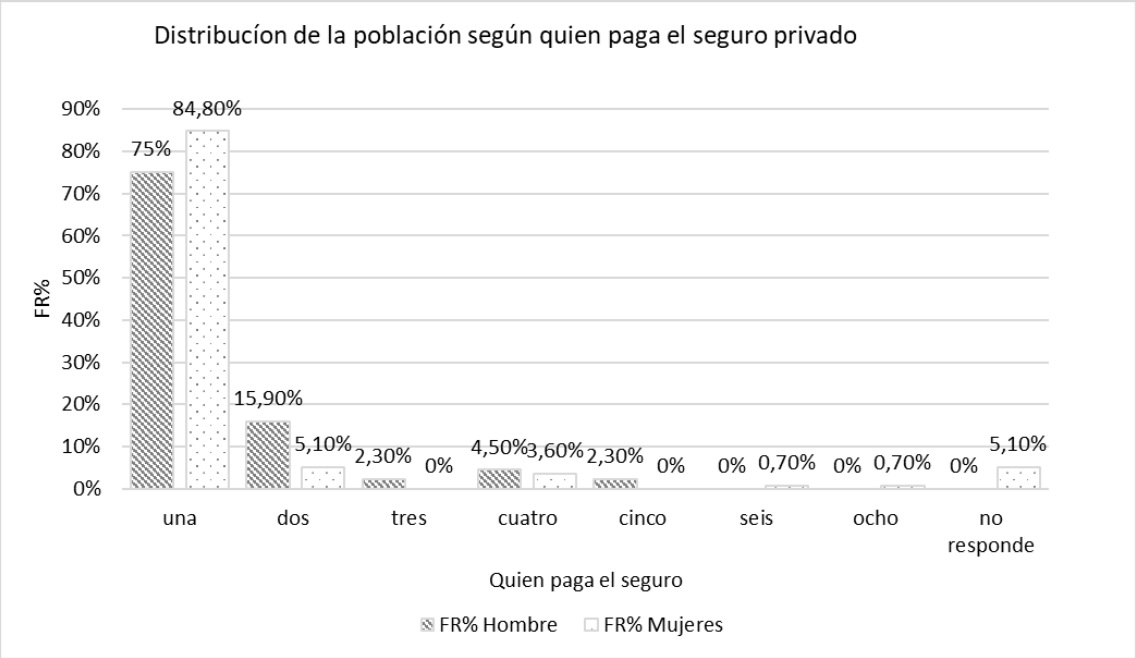
Consideraciones finales: Durante el desarrollo de la literatura, es unánime que la perspectiva de género es fundamental para el acceso a la salud de forma equitativa. Los condicionantes sociales modulan y tienen impacto en la salud. A su vez, el género es un factor decisivo dentro de esos determinantes sociales de la salud. Sesgos institucionales y sistemas ciegos al género podrían aumentar los riesgos y los costos derivados de la coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario. Identificar las desigualdades de género en salud en la sociedad debería ser una prioridad para las ciencias de la salud manteniendo un esfuerzo por proporcionar a los gobiernos información que oriente el diseño de políticas con sensibilidad de género. Por lo tanto, este ejercicio de revisión de la literatura puede contribuir al análisis del género y a continuidad asistencial.

En resumen, dada la investigación involucrada, es necesario encontrar y establecer nuevas investigaciones, abordando principalmente el papel de la disciplina enfermera en la continuidad asistencial con perspectiva de género. Por lo tanto la investigación futura

puede hacer contribuciones beneficiosas a la evidencia científica, revelar innovaciones herramientas y cuidados actuales, y tener como objetivo contribuir a la literatura científica y expandir nuevos conocimientos.

Anexo 4 Tablas y graficas

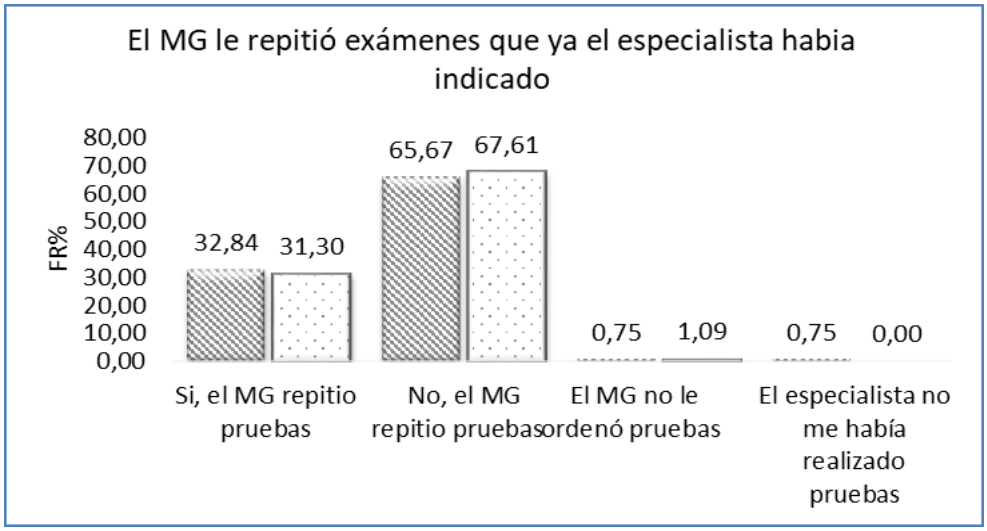
Quien paga el seguro de salud.						
Quien lo paga	FA Hombre	FR% Hombre	FA Mujer	FR% Mujer	total	FR% totales
una	33	75%	117	84,80%	150	82,6
dos	7	15,90%	7	5,10%	14	7,8
tres	1	2,30%	0	0%	1	0,5
cuatro	2	4,50%	5	3,60%	7	3,8
cinco	1	2,30%	0	0%	1	0,5
seis	0	0%	1	0,70%	1	0,5
ocho	0	0%	1	0,70%	1	0,5
no responde	0	0%	7	5,10%	7	3,8
total	44	1	138	1	182	100



¿El médico general le repitió algún examen (de laboratorio, radiografía) que ya le había realizado el especialista

El médico general le repitió algún examen	Hombre	Mujer	Sum
Si, el MG repitio pruebas	44	144	188
No, el MG repitio pruebas	88	311	399
El MG no le ordenó pruebas	1	5	6
El especialista no me había realizado pruebas	1	0	1
TOTAL	134	460	594

El médico general le repitió algún examen	Hombre	Mujer	TOTAL
Si, el MG repitio pruebas	32,84	31,30	188,17
No, el MG repitio pruebas	65,67	67,61	67,17
El MG no le ordenó pruebas	0,75	1,09	1,01
El especialista no me había realizado pruebas	0,75	0,00	0,17
TOTAL	100	100	100



¿Los especialistas conocen el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que el médico general le ha dado, antes de que usted se lo explique?

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	184	521	705
Pocas veces, nunca	27	85	112
Sum	211	606	817

ME conoce el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones del MG	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	87,2%	86%	86.3
Pocas veces, nunca	12,8%	14%	13.7
Sum	100	1	100

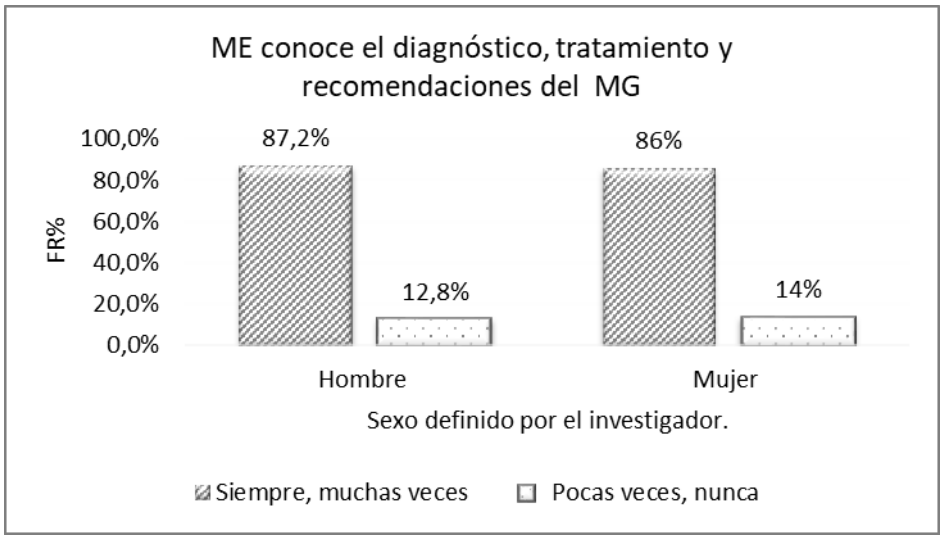
X-squared = 0.10973
df = 1
p-value = 0.7404

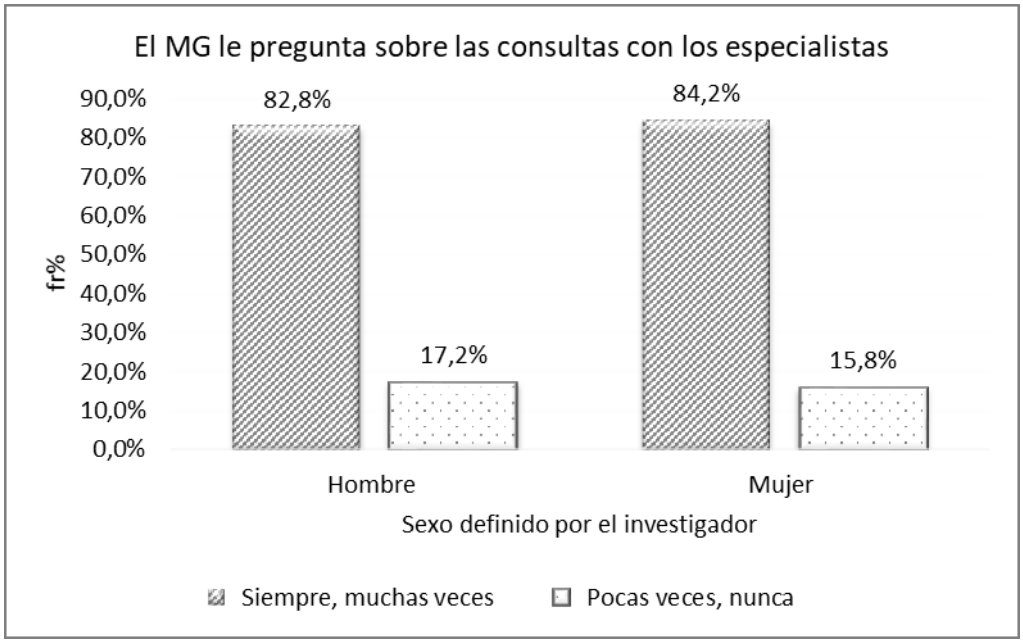
El médico general le pregunta sobre las consultas que ha tenido con los especialistas?

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	173	513	686
Pocas veces, nunca	36	96	132
Sum	209	609	818

El MG le pregunta sobre las consultas con los especialistas	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	82,8%	84,2%	83.9
Pocas veces, nunca	17,2%	15,8%	16.1
Sum	100	100	100

X-squared = 0.14943
df = 1
p-value = 0.6991



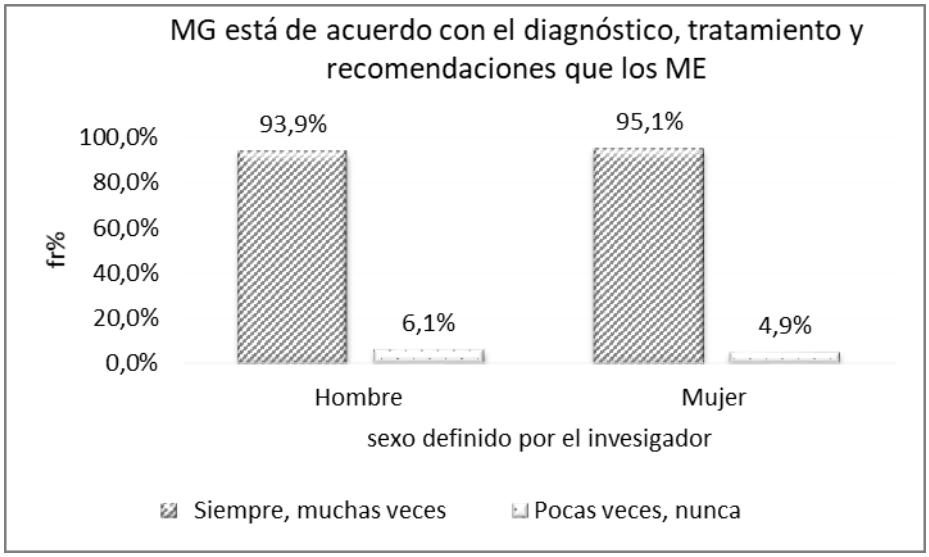


¿El médico general está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los especialistas le dan?

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	185	538	723
Pocas veces, nunca	12	28	40
Sum	197	566	763

MG está de acuerdo con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que los ME	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	93,9%	95,1%	94.8
Pocas veces, nunca	6,1%	4,9%	5.2
Sum	100	100	100

X-squared = 0.18932
df = 1
p-value = 0.6635

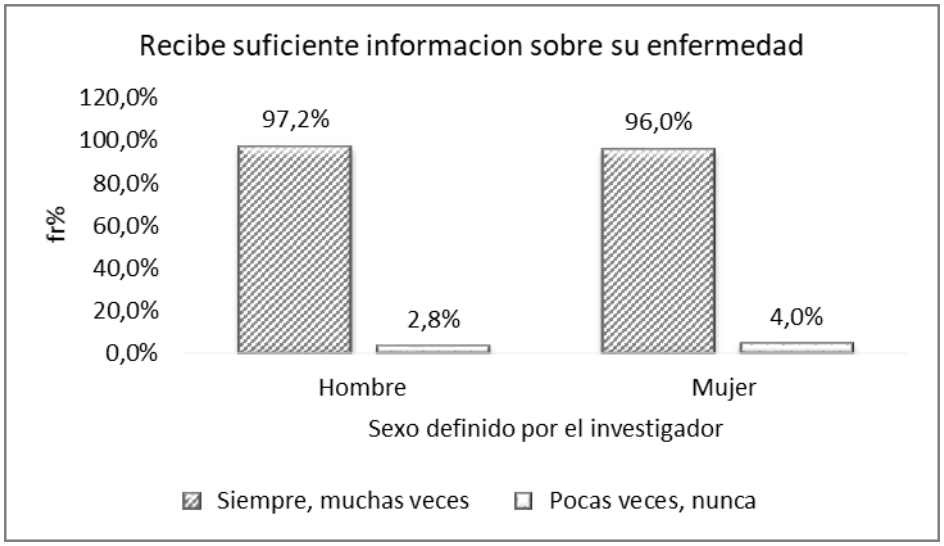


¿La información que le da el médico general sobre su enfermedad es suficiente?

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	206	582	788
Pocas veces, nunca	6	24	30
Sum	212	606	818

Recibe suficiente infomracion sobre su enfermerdad	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	97,2%	96,0%	96.3
Pocas veces, nunca	2,8%	4,0%	3.7
Sum	100	100	100

X-squared = 0.293,
df = 1
p-value = 0.5883

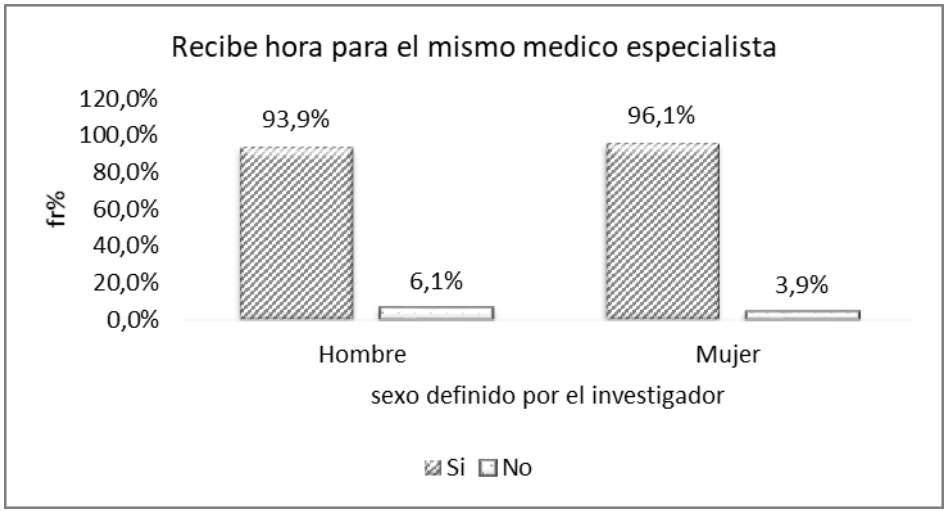


Cuando usted pide hora con el especialista para un mismo problema de salud, ¿es atendido por el mismo médico?

	Hombre	Mujer	Sum
1	199	586	785
2	13	24	37
Sum	212	610	822

Recibe hora para el mismo medico especialista	Hombre	Mujer	Sum
Si	93,9%	96,1%	95.5
No	6,1%	3,9%	4.5
Sum	100	100	100

X-squared = 1.2933
df = 1
p-value = 0.2554

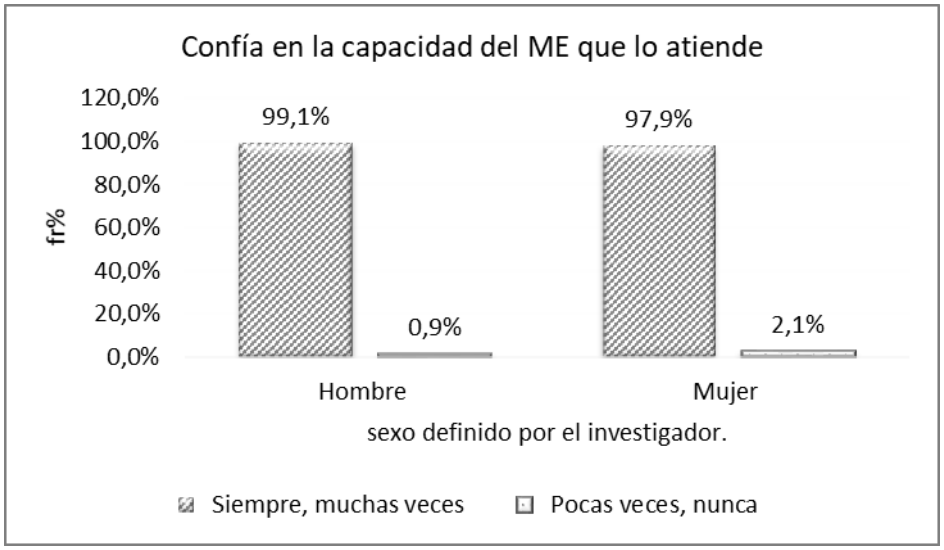


¿Confía en la capacidad profesional de los especialistas que lo atienden?

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	210	595	805
Pocas veces, nunca	2	13	15
Sum	212	608	820

Confía en la capacidad del ME que lo atiende	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	99,1%	97,9%	98.2
Pocas veces, nunca	0,9%	2,1%	1.8
Sum	100	100	100

X-squared = 0.67274,
df = 1,
p-value = 0.4121

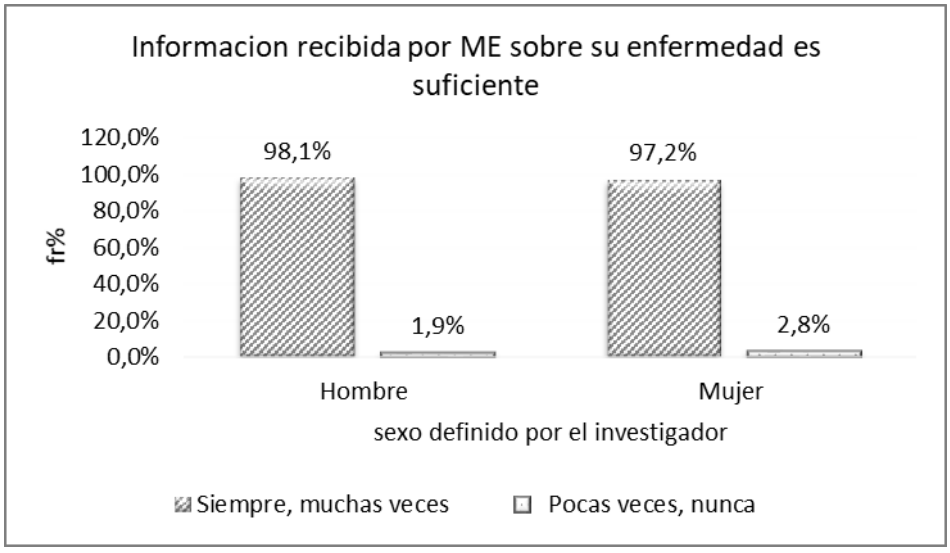


¿La información que le dan sus especialistas sobre su enfermedad es suficiente?

	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	208	590	798
Pocas veces, nunca	4	17	21
Sum	212	607	819

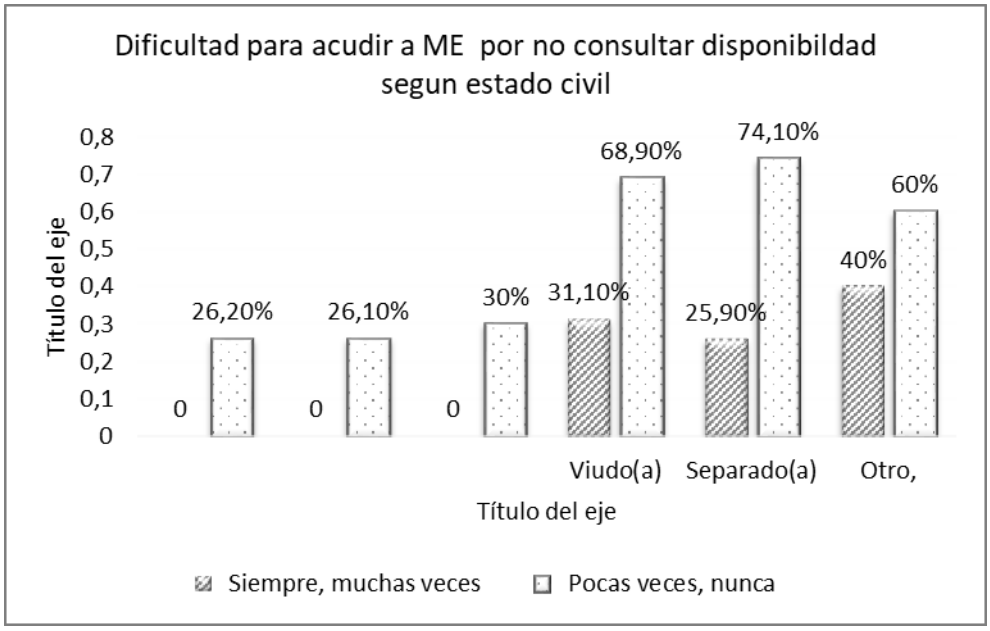
La informacion recibida por ME sobre su enfermedad es suficiente.	Hombre	Mujer	Sum
Siempre, muchas veces	98,1%	97,2%	97.4
Pocas veces, nunca	1,9%	2,8%	2.6
Sum	100	100	100

X-squared = 0.22313
df = 1
p-value = 0.6367



Le programan hora con los especialistas a los que le resulta difícil acudir porque no consultaron su disponibilidad?

	Siempre, muchas veces	Pocas veces, nunca	Sum
Soltero(a)	27	76	103
Casado(a)	98	277	375
Unión libre	12	28	40
Viudo(a)	55	122	177
Separado(a)	28	80	108
Otro,	2	4	6
NS / NC	1	4	5
Sum	223	591	814


Dificultad para acudir a ME por no consultar disponibildad segun estado civil
Título del eje
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
0
26,20%
0
26,10%
0
30%
31,10%
68,90%
25,90%
74,10%
40%
60%
Viudo(a)
Separado(a)
Otro,
Título del eje
Siempre, muchas veces
Pocas veces, nunca

Anexo 5 Directrices sobre género y equidad de género (SAGER)

(http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/

Principios generales	
• Los autores deben usar los términos *sexo* y *género* cuidadosamente para evitar confundir ambos términos.	
• Cuando los sujetos de investigación comprendan organismos capaces de diferenciarse por sexo, la investigación debe diseñarse y llevarse a cabo de manera que pueda revelar diferencias relacionadas con el sexo en los resultados, incluso si éstos no se esperaban inicialmente.	
• Cuando los sujetos también pueden ser diferenciados por género (en función de las circunstancias sociales y culturales), la investigación debe realizarse de manera similar en este nivel adicional de distinción.	
Recomendaciones	
Título y resumen	Se debe especificar el sexo y el género de los participantes humanos y la participación de ambos.
Introducción	Los autores deben informar, en su caso, si se pueden esperar diferencias de sexo y / o género. Los autores deben informar, cuando sea pertinente, estudios previos que demuestren presencia o ausencia de diferencias o similitudes de sexo o género. Si faltan estos estudios, los autores deben

	explicar si el sexo y / o el género pueden ser una variante importante y si se pueden esperar diferencias.
Métodos	Los autores deben informar cómo el sexo y el género se tuvieron en cuenta en el diseño del estudio, si aseguraron una representación adecuada de varones y mujeres y justificar las razones de la exclusión de hombres o mujeres. Las opciones metodológicas sobre sexo y género en relación con la población de estudio y el enfoque analítico deben ser reportados y justificados de la misma manera que otras opciones metodológicas.
Resultados	Cuando sea apropiado, los datos deben presentarse de forma rutinaria desglosados por sexo y género. Los análisis basados en sexo y genero deben ser reportados independientemente del resultado positivo o negativo. En los ensayos clínicos, los datos sobre los retiros y los abandonos también se deben informar desagregados por sexo. Los datos deben ser desagregados por sexo, y un análisis de las diferencias y similitudes de sexo y género debe ser descrito, donde sea apropiado. Las diferencias anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres (altura, peso, masa corporal, conteo celular, ciclos hormonales, etc.), así como las variables sociales y culturales (situación socioeconómica, educación, etc.)

	deben tenerse en cuenta en la Presentación de datos y / o análisis de los resultados Si se han realizado análisis basados en sexo, los resultados deben ser reportados independientemente del resultado positivo o negativo. En los estudios en humanos, los datos sobre la matrícula, la participación, la deserción escolar, la interrupción del tratamiento y la pérdida de seguimiento deben informarse desglosados por sexo y género (cuando proceda) y la influencia de los factores de sexo y género debe evaluarse a priori sobre la base de Su papel hipótesis en la causalidad, el curso, la efectividad del tratamiento, el impacto y el resultado de los problemas de salud. Los autores deben abstenerse de realizar un análisis post hoc basado en el género si el diseño del estudio es insuficiente para permitir conclusiones significativas. En todos los casos, los datos brutos deben publicarse desagregados por sexo para futuras agrupaciones y metanálisis. En los estudios epidemiológicos, el impacto de otras exposiciones, como las variables socioeconómicas, sobre los problemas de salud debe ser examinado para todos los sexos y debe ser analizado críticamente desde una perspectiva de género.
Discusión	Deben analizarse las posibles implicaciones del sexo y el género en los resultados y análisis del estudio. Si no se realizó un análisis de sexo y género,

se debe dar la razón. Los autores deberían discutir más a fondo las implicaciones de la falta de dicho análisis en la interpretación de los resultados.

Discusión

Las implicaciones del sexo y el género para la interpretación de los resultados del estudio deben ser elaboradas, incluyendo la medida en que los resultados pueden ser generalizados a todos los sexos y géneros en una población. Si no se han realizado análisis sexuales y de género, los autores deben indicar las razones de la falta de tales análisis al discutir las limitaciones del estudio y discutir si dichos análisis podrían haber afectado los resultados.

Al interpretar los hallazgos de la investigación, las investigaciones anteriores deben ser examinadas tanto por el rigor metodológico como por el sesgo sexual en el procedimiento y la interpretación. Los autores deben evitar confundir el sexo con el género y reducir las explicaciones complejas o interaccionistas a las más simples. Los autores deben considerar todas las explicaciones posibles para los fenómenos relacionados con el sexo y el género, incluidos los factores sociales, culturales, biológicos y situacionales, reconociendo que muchos comportamientos relacionados con el sexo pueden resultar de factores culturales o biológicos. La covariación entre la biología y el comportamiento no constituye evidencia de causalidad

	fisiológica.