

Evaluación del desempeño del modelo asistencial de una policlínica pública.

La mirada de los usuarios

Performance Evaluation of the Healthcare Model of a Public Polyclinic. The Gaze of the Users

Avaliação de desempenho do modelo assistencial de uma policlínica pública. O olhar dos usuários

Milton Sbárbaro Romero¹ y Mizar Pérez Reyes²

Resumen

El presente artículo describe los resultados de una investigación desarrollada en el año 2019, en el contexto del sistema sanitario uruguayo, sub sector público perteneciente a una red que brinda atención a usuarios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, referente en el tratamiento de esta patología a nivel nacional. Se realizó una evaluación del desempeño del modelo de atención de la misma, a través de la óptica de los usuarios en relación a la atención de salud recibida.

Se estableció como objetivo evaluar el desempeño del modelo de atención de dicha policlínica.

La investigación utilizó un diseño descriptivo, transversal, con un muestreo aleatorio simple, siendo el universo de 179 usuarios.

Se utilizó el Procedimiento para Evaluar el Desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud abordando el componente Modelo Asistencial. Este componente posee varias dimensiones que analizan aspectos tanto de accesibilidad a los servicios, como aspectos de conocimientos que el usuario posee sobre la patología y sus derechos.

Los resultados obtenidos no difieren de los arrojados en otro estudio realizado en otra red sanitaria de Uruguay, en donde aplicando el mismo instrumento se destacan la casi ausencia de análisis de situación de salud de la población adscripta, dificultades para el acceso a consultas médicas en general, y en particular con especialistas, sumándosele la ausencia de mecanismos de monitoreo clínico y desconocimiento de los servicios que brinda la red.

¹Prof. DrC. Departamento de Administración de los Servicios de Salud, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay. Email: miltonsbarbaro@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7545-6633.

²Lic. Enf. Doc. Aste. Departamento de Administración de los Servicios de Salud, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay. Email: mizperez35@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3038-6413.

Como resultado se evidenció una red con un bajo índice de desempeño (0.49 %).

Concluyendo que el servicio dista de los estándares de calidad establecidos tanto por el prestador de salud al cual pertenece, como por organismos internacionales. De este modo se establecieron posibles riesgos en relación a la accesibilidad a la atención sanitaria que los usuarios perciben, así como una posible vulneración de sus derechos.

Palabras clave

Modelos de atención, integración de los servicios de salud, investigación sobre servicios de salud, evaluación de la calidad de atención de salud.

Abstract

This article describes the results of an investigation carried out throughout 2019, in the context of the Uruguayan health system, sub public sector. In this, an evaluation of the performance of the care model of a public provider was carried out, through the perception of the users in relation to the health care received. The health service addressed belongs to a health network that provides care to users with type 2 Diabetes Mellitus and which, in turn, is a benchmark in the treatment of this pathology at the national level.

The objective was to evaluate the performance of the care model of said polyclinic.

The research used a descriptive, cross-sectional design, with a simple random sampling, in which the universe consisted of 179 users.

The Procedure to Evaluate the Performance of Integrated Health Services Networks was used, addressing the Healthcare Model component. This component has several dimensions that analyze aspects of both accessibility to services, as well as aspects of knowledge that the user has about the pathology and their rights.

As a result, a network with a low performance index (0.49 %) was evidenced.

It was concluded that the service falls short of the quality standards established both by the health provider to which it belongs, and by international organizations. In this way, possible risks were established in relation to the accessibility to health care that users perceive, as well as a possible violation of their rights as individuals.

Keywords

Models of care, Integration of Health Services, Research on Health Services, Evaluation of the Quality of Health Care.

Resumo

Este artigo descreve os resultados de uma investigação realizada ao longo de 2019, no contexto do sistema de saúde uruguaio, subsetor público. Neste, foi realizada uma avaliação do desempenho do modelo assistencial de uma prestadora pública, por meio da percepção dos usuários em relação ao atendimento recebido. O serviço de saúde atendido pertence a uma rede de saúde que atende usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 e que, por sua vez, é referência no tratamento dessa patologia em todo o país.

O objetivo foi avaliar o desempenho do modelo assistencial da referida policlínica.

A pesquisa utilizou um delineamento descritivo, transversal, com amostragem aleatória simples, em que o universo foi constituído por 179 usuários.

Foi utilizado o Procedimento de Avaliação de Desempenho de Redes Integradas de Serviços de Saúde, abordando o componente Modelo Assistencial. Este componente possui várias dimensões que analisam aspectos tanto da acessibilidade aos serviços, quanto aspectos do conhecimento que o usuário possui sobre a patologia e seus direitos.

Como resultado, evidenciou-se uma rede com baixo índice de desempenho (0,49 %)

Palavras-chave

Modelos de atenção, Integração de serviços de saúde, Pesquisa em serviços de saúde, Avaliação da qualidade da atenção à saúde.

Agradecimientos

Agradecemos sinceramente a los bachilleres de la Licenciatura en Enfermería Barrero M., Machín V., Messones C. y al docente Lic. Esp. García S., quienes brindaron su consentimiento para la utilización de los datos usados en el presente artículo.

Introducción

En Uruguay el concepto de redes de salud está explicitado como estrategia de atención en el Capítulo IV, Red de Atención en Salud, de la Ley 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) del año 2007, en donde se reconoce la importancia que tiene la organización del modelo de atención mediante redes por niveles de atención, según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las presta-

ciones, además de haber adoptado como estrategia del sistema la Atención Primaria en Salud (APS) y priorizar “el primer nivel de atención (PNA) (...), con un enfoque hacia las personas, la familia, la comunidad y el medio ambiente (...), con acciones integrales y equipos interdisciplinarios, atención ambulatoria, domiciliaria, de urgencia y emergencia.”⁽¹⁾

Diversos estudios revelan la importancia de las redes integradas de servicios de salud para el cambio de modelo de atención, y las dificultades con las que aún se encuentran los diferentes países para enfrentar los problemas de accesibilidad a los servicios de salud de las poblaciones, con profesionales que “no conocen la oferta de servicios brindados por la red”⁽²⁾, “sin mecanismos para garantizar la prestación de servicios de calidad”⁽³⁾, con usuarios que “deben esperar mucho tiempo para la consulta con el especialista”⁽⁴⁾, diferentes trabajos evidencian además, “un desconocimiento profundo de los usuarios en el nuevo modelo de atención y del SNIS, con poca capacitación de los trabajadores para desempeñarse en el mismo”⁽⁵⁾.

Estas y otras razones fundamentan la necesidad de continuar trabajando en la mejora continua de los servicios, a través de estrategias planificadas, utilizando herramientas confiables para la medición del desempeño como elemento clave de dicho proceso.

En ese sentido, la calidad de los servicios de salud ha sido preocupación constante de los gestores de salud y fundamentalmente de los Estados de aquellos países donde existen sistemas nacionales de salud, con un impulso de los organismos de crédito internacionales y de la Organización Panamericana de la Salud. En tal sentido la búsqueda por las más aceptables formas de medir dicha calidad se ha convertido en uno de los centros de las investigaciones en sistemas y servicios de salud, en donde el desempeño se transforma en la clave para la mejora continua de la calidad.

En los comienzos del presente siglo, más precisamente luego de la última gran crisis provocada por el modelo neoliberal aplicado entre otros al sector salud en la década de los 90, la

Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha impulsado en los países de América Latina y el Caribe, una serie de iniciativas con el fin de mejorar la accesibilidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud. En su documento Iniciativa “Salud Pública en las Américas” plantea que “la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en el nivel de las autoridades sanitarias de los países de la región debería permitir a los ministerios la identificación de aquellos factores críticos a considerar para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la “infraestructura” de salud pública, entendida como el conjunto de recursos humanos, fórmulas de gestión y recursos materiales necesarios para dicho propósito”⁽⁶⁾.

Más cerca en el tiempo, dicha organización lanza la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estrategia asumida por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de Uruguay para organizar su modelo de atención en el contexto de una nueva reforma del sector. Reforma que explicita en la Ley de creación el Sistema Nacional Integrado de Salud los principios, entre otros, de brindar “cobertura universal, con accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud; con equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones”⁽⁷⁾.

Evaluar el desempeño de los modelos de atención a la salud es clave para elevar la calidad de los mismos, en el entendido que brinda información a los gestores sanitarios para implementar las mejores estrategias sanitarias para el cuidado de las personas, las familias y las comunidades a lo largo de todo el continuo de servicios.

En Uruguay la OPS alertaba en el año 2009 la ausencia de herramientas que permitan medir el desempeño de los servicios y las dificultades

que ello acarrea para la toma de decisiones. En ese entendido planteaba que “debe señalarse que una carencia relevante del proceso desarrollado y compartido por realidades de otros países, ha sido la ausencia de un paquete de indicadores para la evaluación y monitoreo de los servicios”.⁽⁸⁾ Afirmando que “entre los principales obstáculos detectados en el proceso deben señalarse las dificultades para la toma de decisiones, y el tránsito por los procesos administrativos burocráticos para la resolución de problemas en el campo de la dotación de RRHH para conformar los EAS, y los recursos materiales para suministrar el equipamiento adecuado a los servicios”⁽⁹⁾.

En esa línea de trabajo, en el año 2017 se desarrolla en Uruguay el “Procedimiento para Evaluar el Desempeño de Redes Sanitarias Públicas”, conscientes de que “la fragmentación del sistema de salud uruguayo y sus dificultades para garantizar el acceso universal a los servicios sanitarios, en particular de los grupos poblacionales más vulnerables, justifican la necesidad del trabajo integrado en redes de servicios de salud y el diseño de herramientas válidas y confiables para evaluar su desempeño”⁽¹⁰⁾.

El presente trabajo se enmarca en la línea de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud, desarrollada por el Departamento de Administración de los Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería - UdelaR. El mismo surge como resultado de la Tesis Final de Investigación de los bachilleres (de la Licenciatura en Enfermería) Barrero M., Machín V., Messones C. y Pérez, tutorado por el maestrando Esp. García S. y el Prof. DrC. Sbárbaro M. Dicho trabajo se tituló “Gestión del cuidado a usuarios portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, en policlínicas públicas”.

El presente artículo tiene por objetivo evaluar desde la perspectiva del usuario, el desempeño del modelo de atención de la policlínica de Atención a Usuarios portadores de Diabetes, policlínica de referencia nacional perteneciente al subsector público de salud, utilizando para ello el Procedimiento mencionado.

Métodos

Se desarrolló una investigación de tipo cuantitativa, transversal. El fenómeno a estudiar se captó en el período de tiempo comprendido entre julio y setiembre de 2019.

La población de estudio se conformó con todos los usuarios mayores de 20 años, portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 (UpDMT2), de la policlínica de atención a usuarios portadores de Diabetes de un efector del subsector público del Sistema Nacional Integrado de Salud, perteneciente a la Administración de Servicios de Salud del Estado, siendo este universo constituido por 179 usuarios.

Se tomó como criterio de inclusión el haber consultado por lo menos una vez en dicha policlínica en el período enero – julio de 2019. Mientras que los criterios de exclusión del estudio quedaron definidos por aquellas personas que se negaron a participar del mismo, y quienes sean portadoras de alguna patología que le impida la comprensión y expresión a la persona.

Para el estudio se realizó un muestreo aleatorio simple, sin sustitución de muestra, tomando en cuenta lo planteado por Silva Ayçaguer LC (2000) que “la conducta técnicamente correcta es la de no hacer sustitución alguna, sino retener en la muestra solamente a los que, habiendo sido elegidos, son también localizados y encuestados”⁽¹¹⁾.

Por lo que haciendo los cálculos del tamaño muestral con una confianza del 95 % y un error relativo de 0,05 (5 %), la muestra quedó conformada por 122 individuos, de los cuales se pudo retener para el estudio al 100 %.

Para la selección de los casos se dividió el universo entre el tamaño muestral, y ese cociente fue el utilizado de intervalo para la selección de los mismos, partiendo de un número aleatorio, sorteado del 1 al 10. Como el cociente dio menos de 2, se tomó dicho número para hacer de intervalo, ordenando los usuarios por número de su cédula de identidad en forma creciente y utilizando ese intervalo para su selección de casos a partir del número seleccionado aleatoriamente.

Seguido de esto se coordinaron las entrevistas de forma telefónica, acordando con cada usuario la realización de la misma en forma presencial ya sea en el servicio al momento del control médico preestablecido o en el domicilio del usuario.

Para la entrevista se utilizó la Herramienta de Evaluación Redes de Servicios de Salud (HERSS)⁽¹²⁾, la herramienta no es auto administrada, por lo que luego de realizarse las coordinaciones descriptas, el grupo de investigadores implementó las entrevistas, para lo cual se realizó el adiestramiento necesario en la técnica de la entrevista, como así también en el contenido específico de la HERSS.

Dicha herramienta (HERSS) fue validada en su constructo a través de criterio de expertos, realizando luego una prueba de campo que permitió identificar criterios de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach dando un coeficiente de 0,91 en la herramienta general, por su lado el coeficiente V de Cramer mostró

una relación significativa de media y muy alta dependencia en su aplicación. Además, se realizó una validación de criterio con los Directivos de la red.

Es “una nueva herramienta válida y fiable, que adecuándola a cada sistema permite evaluar el desempeño, en el marco de procesos de Garantía de Calidad, de las redes sanitarias con enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud, basadas en la estrategia de APS”⁽¹³⁾.

“El Procedimiento fue diseñado con una flexibilidad tal que permite evaluar el desempeño de la red en forma global, desde un componente en particular, o desde la mirada de un sólo actor de la red (directivos, equipo de salud o usuarios), para ello se confeccionaron tres índices que permiten dicha evaluación desde esas perspectivas globales o particulares”⁽¹⁴⁾. La evaluación de la red se da a través de una serie de índices creados a tal fin (Índice de Desempeño Global de la Red; Índice de Desempeño de Sector de la Red e Índice de Desempeño de Componentes de la Red), que se expresan en una escala de valores de 0 a 1, a los que luego se les aplica una escala colorimétrica que clasifica la red en tres categorías de desempeño (Alto > 80; parcialmente Alto 0,5 – 0,8 y Bajo < 0,5).

La HERSS está constituida por cuatro componentes, Modelo de Atención, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación e Incentivos. Estos componentes se pueden medir en forma aislada o de manera global, para este estudio se trabajó sólo con el componente Modelo de Atención, siendo este uno de los componentes esenciales para el funcionamiento de una Redes Integradas de Servicios de Salud, definido por la OPS y asumido en el Uruguay por la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Las variables (atributos y dimensiones) para esta investigación fueron definidas por Sbárbaro M. al desarrollar la Herramientas para Evaluar Redes de Servicios de Salud.

A continuación, se explicitan las variables utilizadas en este estudio.

Modelo asistencial- este primer componente tiene que ver con la estructura que presenta el sistema sanitario para dar cobertura a las necesidades de salud de las poblaciones en relación con sus establecimientos, servicios brindados, coordinación de esos servicios y aspectos socio culturales a tener en cuenta para dicha cobertura. Este componente presenta seis atributos y 19 dimensiones a saber:

- 1.-Población y territorio a cargo y definidos, que implica conocer la base territorial, geográfica de cobertura del efector, y un conocimiento claro de las necesidades de salud de la población de dicha área. Este atributo quedó subdividido en las siguientes dimensiones: población a asistir; conocimiento de las necesidades de los usuarios (portadores de DMT2); y área geográfica.
- 2.-Red de establecimientos de salud para la prestación de servicios sanitarios, lo que implica contar con efectores en red que puedan resolver los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a la población adherida a la red. Este atributo quedó subdividido en las dimensiones de programas de salud en la atención al usuario portador de DMT2; referencia en el 2do. nivel de atención; referencia en el primer nivel de atención; relación población/profesionales; y estándares de calidad.

- 3.-Primer nivel de atención, definido como la puerta de entrada al sistema sanitario, en la cual deben de resolverse la mayor parte de las necesidades sanitarias a la población de referencia, además de realizar la coordinación de la atención a lo largo del tiempo. Este atributo se subdividió en las dimensiones de puerta de entrada al sistema; equipo multidisciplinario para el cuidado al usuario portador de DMT2; y coordinación con el resto de los niveles asistenciales.
- 4.-Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, refiere a que la atención brindada debe estar basada en los mejores datos científicos disponibles según las necesidades de los usuarios, y en una organización de servicios priorizados según criterios de equidad y eficiencia. Este atributo se abordará en una sola dimensión, la organización de los recursos de la red para la atención al usuario portador de DMT2.
- 5.-Mecanismos de coordinación asistencial en todo el sistema, este atributo refiere a la existencia de formas coordinadas que permitan el mejor o igual tratamiento a todos los usuarios en cualquier efector de la red que necesite y en cualquier momento. Se subdivide en tres dimensiones: guías de práctica clínica y/o protocolos de atención al usuario portador de DMT2; grupos de trabajo interdisciplinario; y mecanismos de referencia y contra referencia.
- 6.-Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, definido como el enfoque del cuidado holístico del individuo que incorpora la interculturalidad, centrado en el conocimiento de los derechos y deberes por parte del usuario; y con un fuerte com-

Resultados

ponente familiar y comunitario. Aborda el cuidado del individuo en su contexto social y cultural, en las circunstancias en las que las personas viven, estudian y trabajan. Este atributo se subdivide en las dimensiones de personal capacitado a la propuesta del nuevo modelo de atención; personal capacitado sobre los derechos de atención de los usuarios en general y portadores de DMT2 en particular; trabajo con enfoque holístico; y trabajo con enfoque familiar y comunitaria⁽¹⁵⁾.

Los datos fueron ingresados en una base diseñada con el programa informático LibreOffice Calc, luego de la revisión de todas las historias clínicas de la policlínica.

El protocolo para esta investigación fue presentado y aprobado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y cumpliendo con los resguardos éticos tal como lo establece la Comisión de Bioética y Calidad de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, se envió al Comité de Bioética del efector donde se realizó la investigación, para su evaluación, con número de expediente N° 438/2019, con fecha de aprobación 23/05/2019.

Siguiendo esa misma normativa se aplicó el consentimiento informado firmado, para la realización de las entrevistas a los usuarios del servicio, garantizando la confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en cuanto a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos (AMM. 1964.), así como con el Código Deontológico de Enfermería (CIE. 2012).

La policlínica de Pie Diabético forma parte de las policlínicas de consulta externa del hospital público, siendo su modelo asistencial regido en forma general por la normativa de ASSE, en relación a trabajar con un enfoque de redes integradas de servicios de salud. Por este motivo es que se toma dicha normativa y sus lineamientos, como estándar de calidad, con el que se compararon los hallazgos realizados en el servicio.

Al realizar el análisis global del componente Modelo Asistencial, se evidenció que el mismo cuenta con un bajo índice de desempeño, siendo este de 0.49, ubicándose en niveles bajos dentro de la escala de clasificación del Procedimiento utilizado.

El análisis particular demostró que, en el atributo de Población y Territorio a cargo y definido, se destaca que el 62 % de los usuarios refirieron poseer conocimiento de sus necesidades respecto a su patología. Del mismo resulta interesante destacar que el 86.6 % de los usuarios manifiesta realizar el seguimiento de su patología dentro del servicio abordado. Se identifica como debilidad en este atributo, la escasa realización de encuestas de salud a los usuarios, sólo un 16.2 % del total.

En el atributo definido como Red de Establecimientos de Salud para la prestación de servicios sanitarios se destaca el conocimiento que los usuarios refieren tener en relación a programas que abordan su patología dentro del servicio de salud, alcanzando un 58.5 % de la población total. Resulta también importante la medición en relación al conocimiento que los usuarios refieren tener, sobre el centro de referencia de segundo nivel que le corresponde en caso de internación, ascendiendo a un 94.4 %. Asimismo,

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

En cuanto al aspecto más bajo de este atributo, el 98.2 % de los usuarios que solicitaron control de salud (medicina general), no accedió a la consulta según la guía establecida por ASSE, por otra parte, sólo el 11.7 % de los usuarios que solicitaron consulta con especialista accedieron a ella dentro del tiempo establecido.

El 60.3 % de los usuarios refieren no presentar dificultades al momento de la obtención de medicación para su tratamiento; mientras que un 63 % no ha presentado nunca dificultades en la obtención de materiales para el monitoreo de glicemia. El 45.1 % de los usuarios refieren haber concurrido a realizarse monitoreos de glicemia a puerta de emergencia.

Dentro del tercer atributo, Primer Nivel de Atención Multidisciplinario, destaca el conocimiento sobre la integración del equipo asistencial que los usuarios refieren poseer, alcanzando este, un 71.1 %. Del total de usuarios el 44.1 % refirió identificar al Licenciado en Enfermería dentro del servicio del equipo asistencial.

El cuarto atributo que refiere a la Prestación de Servicios Especializados en el lugar más apropiado, resulta ser el de medición más alto, llegando a 70 %. Como aspecto de debilidad, se identifica que sólo al 17.1 % de los usuarios refiere que se le realizó algún tipo de encuesta de salud en su domicilio.

El atributo definido como Mecanismos de Coordinación Asistencial en todo el sistema resulta ser el más débil (43 %). Aspecto sumamente significativo dada la importancia en el abordaje de esta población específica y de la necesidad de optimizar el funcionamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia que eleven la calidad de atención.

En cuanto a la dimensión referida al cumplimiento de la guía de práctica clínica relación al seguimiento de los diferentes especialistas se destaca que, del total de usuarios, el 63.9 % cumplen con la frecuencia establecida en la guía de práctica clínica, de consulta con Diabetólogo y Cardiólogo, 59 %, 28 % en el caso del Licenciada en Enfermería, 28.8 % Nutricionista, 12.6 % Odontólogo, 20.7 % Oftalmólogo y Podología 15.3 %. Es decir que en la mayoría de las disciplinas, las interconsultas están muy por debajo de los índices esperados. Del mismo modo, surge de los datos el desconocimiento por parte de los usuarios de los registros realizados por especialistas.

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

En el caso del sexto y último atributo encontramos un 63 % de respuestas favorables. Resalta en el análisis la percepción que los usuarios poseen, en cuanto a la incorporación de sus creencias en el cuidado de su salud con un 77.4 %, así como su participación en las decisiones en relación a su tratamiento 78.3 %, y el respeto a sus derechos como portadoras de DMT2 con un 66.6 % de respuestas positivas.

Como aspectos de debilidad encontramos que casi tres de cada 10 usuarios (27 %), manifiesta conocer sus derechos dentro del SNIS, y de la totalidad de usuarios el 42.3 % refirió que su familia recibió capacitación desde la policlínica en relación al cuidado de su salud.

Por otra parte, el 37.8 % de los usuarios dice incorporar algún aspecto de medicina alternativa

en su tratamiento y de estos solamente el 10.5 % lo realiza con el conocimiento del equipo asistencial. Asimismo, se evidenció que el 53.1 % de las mujeres refirió que su género es tomado en cuenta para el cuidado de su salud.

Discusión

El valor del desempeño del Modelo Asistencial obtenido por esta red (0.49), no difiere de la investigación realizada en otra red de efectores públicos de Uruguay en el año 2017 ⁽¹⁶⁾, en donde se aplicó el mismo Procedimiento de evaluación del desempeño. En aquel estudio, el valor obtenido por la red para su modelo asistencial a nivel global fue de 0.57, obteniendo un valor de 0.44 desde la perspectiva de los usuarios. Lo que implica que la red no ha logrado niveles de calidad aceptables, en el componente estudiado, para satisfacer plenamente las necesidades de los usuarios.

Sigue existiendo en los diferentes efectores del PNA de ASSE estudiados, una debilidad referida a la realización de encuestas de salud a la población, en el estudio referido en el párrafo anterior, se mostraron valores “casi inexistentes de conocimiento de realización de encuestas relacionadas a temas de salud en general (8,6 %)” ⁽¹⁷⁾, mientras que en el presente estudio dicho porcentaje de usuarios sube a 16.2 % del total. Si bien el valor llega casi a duplicarse, se denota la casi ausencia de análisis de salud de la población a través de este tipo de herramientas esenciales en el PNA.

Una de las dificultades que presentan las redes sanitarias, y en la que se deben hacer mayores esfuerzos para resolverla ya que impactan directamente en la salud de las personas, es el tema de los tiempos de espera. El poder acceder

en tiempo y forma a los diferentes profesionales marca la calidad del servicio prestado. En ese sentido un estudio realizado por Puzzolo et al, publicado en marzo de 2019 expresa que “en relación a los tiempos de espera para la consulta con el otro nivel, la mayoría de los médicos en ambas redes, aunque especialmente los médicos de AP, considera que los pacientes deben esperar mucho tiempo para la consulta con el especialista tras la derivación” ⁽¹⁸⁾.

En concordancia con las consideraciones expresadas en el estudio de Puzzolo, el presente trabajo evidenció que casi la totalidad de las personas (98.2 %) que necesitaron control con medicina general, no accedieron en tiempo a las mismas. Accediendo en tiempo a consulta con especialistas solamente el 11.7 % de los usuarios que la solicitaron.

En lo atinente a la oferta de servicios, Arévalo plantea en su tesis de maestría referida al estudio de los aspectos técnicos en una unidad comunitaria de El Salvador, que “el 78.3 % del personal que labora en la Unidad, dominaba el portafolio de servicios. Está contemplado como recomendación en los lineamientos que el equipo de salud debe conocer la oferta de servicios que otorga su establecimiento y los establecimientos de la red así como tener definido cuál es el establecimiento de salud de referencia correspondiente respetando la red de servicios y considerando los criterios de oportunidad y pertinencia”⁽¹⁹⁾.

Este aspecto difiere mucho con la policlínica que se está analizando, ya que se evidenció que los estudios paraclínicos que la guía de práctica clínica de ASSE plantea se deben realizar a los usuarios, a la inmensa mayoría de ellos no se los indican (hemoglobina glicosilada 0 %, glicemia 59.4 %, perfil lipídico 0 %, proteinuria 0

%, microalbuminuria 0.9 %, creatinina 0 %). Esta situación está en consonancia con los resultados obtenidos en otra red pública del sistema de salud de Uruguay, en donde se observó que “la totalidad de los directivos refiere que no existen sistemas para el monitoreo de dichos protocolos o guías, esta situación se ve reflejada en el cuidado a estas poblaciones, en donde no se le realizan ni los controles ni las interconsultas requeridas”⁽²⁰⁾.

La cartera de servicios es una dificultad al momento de gestionar los cuidados a las personas, algunas veces por el desconocimiento que presentan los trabajadores en relación a los servicios prestados por la red (el 64.3 % de los trabajadores desconocen la existencia de las guías o protocolos de actuación⁽²¹⁾). Y en otras veces por no tener una cultura de trabajo en equipo, “en lo específico el sistema uruguayo mostró entre otros rasgos típicos, un fuerte componente de trabajo individual del médico que lo llevó a posicionarse en la sociedad como una clase diferente, la “clase médica”. Este trabajo en solitario desarrollado durante décadas constituye aún hoy una dificultad para implantar el trabajo en equipo como la pieza clave para el fortalecimiento de la estrategia de APS, herramienta indispensable para el cambio de modelo de atención planteado en el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud”⁽²²⁾. O como plantean Bloch y Testa, “una de las consecuencias del modelo médico vigente en la mayoría de los países subdesarrollados que no se visualiza con frecuencia es, precisamente, la capacidad que tiene para erigir dicha barrera (ideológica). La expresión verbal de ese hecho es que los problemas de salud son problemas de los médicos”⁽²³⁾. Con el agregado que en el caso de Uruguay esa “barrera ideológica” también se para al cuerpo médico del resto de los trabajadores de la salud.

Otro gran capítulo a analizar es el de los derechos de los usuarios y el trabajo con enfoque cultural y de género. El trabajo en redes implica colocar en el centro del proceso a las personas, respetando sus derechos como usuarios, implica que el cuidado aborda a la persona en forma integral contextualizada en su familia y comunidad comprendiendo sus redes sociales y culturales y el medio en el que las personas viven y trabajan.

En este sentido, el modelo de atención del SNIS, aún persiste con grandes dificultades, evidenciado por el desconocimiento de sus derechos como usuarios del sistema de salud (73 % los desconoce), y solamente la mitad de la población (53.1 %) refiere sentir que existe un enfoque de género en el cuidado de su salud. Estos datos están, en correspondencia con el estudio realizado en 2017 en otro efector del SNIS demostró que “que sólo el 10.7 % de los usuarios afirman que fueron orientados en los derechos que tienen como usuarios del SNIS. En cuanto, a la dimensión definida como Trabajo con enfoque holístico y de género, se observó que el 48,2 % de los trabajadores no está capacitado para trabajar con este enfoque, mientras que el 24.1 % de los usuarios refieren percibir que sus creencias no son tomadas en cuenta por el equipo de salud”⁽²⁴⁾.

En suma, la investigación reveló una policlínica con un bajo nivel de desempeño del Modelo de Atención, cuyas mayores debilidades están relacionadas con la falta de análisis de la situación de salud de la población de referencia. Sumado a esto se evidenció una demora en los tiempos de espera en las agendas de los médicos generales y los especialistas.

El estudio evidenció un desconocimiento por parte de los trabajadores, de los servicios que

Referencias Bibliográficas

brinda la red, y en particular un desconocimiento de las guías de práctica clínica, tan necesarias en la orientación del cuidado a las poblaciones.

Se destaca por su importancia, el desconocimiento que presentan los usuarios de sus derechos como persona integrante del sistema de salud. Este desconocimiento implica que no tiene la posibilidad de reivindicar una atención digna e integral, al tiempo que no puede acceder a las prestaciones de los servicios que debe brindar la red sanitaria.

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

Conclusiones

Como conclusión primaria se puede afirmar que el Procedimiento para Evaluar el Desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud, es fiable para su aplicación en el sistema de salud de Uruguay.

En particular su aplicación en el efector estudiado permitió evaluar su desempeño y evidenció fortalezas y debilidades que permiten a los gestores poder tomar las medidas pertinentes en el camino de la mejora de la calidad.

1. Uruguay. Parlamento Nacional. República Oriental del Uruguay. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Dic. 2007. Montevideo: Parlamento; 2007. [consultado el 7 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8345943.htm>
2. Arévalo De Reyes D. Valoración de los lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las redes integrales e integradas de salud en la unidad comunitaria de salud intermedia San Rafael de Santa Ana, febrero a septiembre 2019. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2019. [Tesis de Maestría]. [consultado el 9 de julio de 2002]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150312/257-11106138.pdf>
3. Puertas EB, Martínez RA, Figueroa GS, Hidalgo FE. Integración de redes de servicios de salud en Honduras: valoración comparativa del planteamiento teórico y de la aplicación práctica en cinco redes del país. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 20 de Febrero de 2021]; 42: 4. Disponible en: [v42e1352018.pdf](https://doi.org/10.1186/s12916-018-1352-8)
4. Puzzolo J, Amarilla D, Colautti M, Moreno J, De Paepe P, Vargas L, Vazquez M. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos sub redes de la red municipal de salud de la ciudad de Rosario, Argentina. Rev. Salud Pública [Internet]. Marzo 2019. [citado 7 de Marzo de 2021];23(1):35 Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/21276/23459>

5. Sbárbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. RUE [Internet]. 30 de noviembre de 2017 [citado 5 de abril de 2021]; 12 (2) :65. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/229>
6. OPS/OMS. Iniciativa Salud Pública en las Américas. Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. 2001. [citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Guias_Aplicacion.pdf
7. Uruguay. Parlamento Nacional. República Oriental del Uruguay. Ley 18211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Parlamento; 2007. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6021583>.
8. Benia W, Medina G. Construcción de una red continente: APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo, Uruguay. 2005 2009. En: Levcovitz E, Antonio G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. [Internet]. 2011. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenidoOPSlibroAPS2011FINALtapas.pdf>
9. Ibid. pág. 129.
10. Sbárbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: Proceso de su elaboración. RUE [Internet]. Mayo 2017 [citado 2 de abril de 2021]; 12(1): 41. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/212>
11. Silva Ayçaguer L C. Cap. XII Reflexiones críticas sobre la práctica muestral contemporánea. En: Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. La Habana: Díaz de Castellanos; 2000.
12. Sbárbaro Romero M. Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios de salud. RUE [Internet]. Abril 2016 [citado 25 oct. De 2021]; 11(1): 90 - 91. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/185/180>
13. Ibid. pág. 102
14. Sbárbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Proceso de su elaboración. RUE [Internet]. Mayo 2017 [citado 25 octubre de 2021]; 12(1): 32. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/212/206>
15. Ibid. p. 24 – 25
16. Sbárbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. RUE [Internet]. 30 de noviembre de 2017 [citado 5 de abril de 2021]; 12(2): 63. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/229/223>
17. Ibid.
18. Puzzolo J, Amarilla D, Colautti M, Moreno J, De Paepe P, Vargas L, Vazquez M. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos sub redes de la red municipal de salud de la ciudad

- de Rosario, Argentina. *Rev. Salud Pública* [Internet]. Marzo 2019 [citado 5 de marzo de 2021]; 23 (1): Pág 35. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/21276/23459>
19. Arévalo De Reyes D. Valoración de los lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las redes integrales e integradas de salud en la unidad comunitaria de salud intermedia San Rafael de Santa Ana, febrero a septiembre 2019. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2019 [Tesis de Maestría]. [citado 5 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150312/257-11106138.pdf>
20. Sbárbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. *RUE* [Internet]. Noviembre 2017 [citado 5 de abril de 2021]; 12(2): 65. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/229>
21. Ibid. p. 64.
22. Sbárbaro Romero M. Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay. Su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud. *RUE* [Internet]. Mayo 2015 [citado 3 de mayo de 2021]; 10(1): 69. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/8>
23. Bloch C, Testa M. Estado y salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado el 6 de abril 2021]; 47(1): 26. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2230>
24. Sbárbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. *RUE* [Internet]. Noviembre 2017 [citado 5 de abril de 2021]; 12(2): 65. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/229>

Recibido: 10.08.2021

Aceptado: 30.11.2021