

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Evaluación de experiencia del paciente en micro redes de diabetes e hipertensión arterial

Fecha: 04 de octubre de 2021.

Contenido

1. Antecedentes	3
2. Objetivos	6
3. Marco metodológico	6
4. Alcance de los servicios, tareas y trabajo de campo	8
5. Actividades previstas	10
5.1. Actividades objetivo específico 1	10
5.2. Actividades objetivo específico 2	10
5.3. Actividades objetivo específico 3	10
6. Informes y productos esperados	11
6.1. Producto 1: Plan de trabajo, abordaje metodológico y referencias bibliográficas	11
6.2. Producto 2: Informe de avance 1	11
6.3. Producto 3: Informe de avance 2	11
6.4. Producto 4: Informe final	11
7. Composición del Equipo de Trabajo Clave y Requisitos de Formación y Experiencia	12
8. Requisito de Reporte y Cronograma de Entregables	13
Anexo 1: Listado de efectores	14
Referencias	16

1. Antecedentes

El Programa REDES tiene como objetivo contribuir a que las jurisdicciones organicen los servicios de salud a partir del desarrollo, fortalecimiento y consolidación de REDES formales de servicios y cuidados sanitarios en el primer, segundo y tercer nivel de atención, para mejorar la accesibilidad y la cobertura efectiva con un enfoque de red integral e integrada para la población con cobertura pública exclusiva (CPE).

Uno de los mayores desafíos de las REDES está en “gestionar el abordaje de enfermedades crónicas múltiples y complejas que ‘cruzan’ el continuo de servicios y que requieren de diferentes espacios de tratamiento y rehabilitación” (OPS, 2010:41).

En este sentido, desde el modelo de REDES Integradas de Servicios de Salud (RISS) y en consonancia con la estrategia nacional para la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), el Programa REDES promueve un cambio en el modelo de gestión y atención de la salud, a través de la formulación e implementación de proyectos jurisdiccionales de inversión (PJI) que tiendan a crear o fortalecer sus REDES de servicios de salud, reorientándolas y readecuándolas a fin de mejorar la respuesta a los problemas sanitarios, especialmente los que padecen las personas con enfermedades crónicas.

Las RISS se definen como “un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS, 2017: 22).

Dentro de los objetivos que persiguen la conformación y fortalecimiento de las RISS se encuentran: mejorar el acceso a los servicios de salud prioritarios; contribuir al manejo eficiente de los recursos; planificar, formular e implementar mecanismos de mejora de la capacidad resolutoria de los establecimientos y de su calidad de atención, así como mejorar la gestión de un conjunto articulado de efectores/servicios y profesionales.

A nivel jurisdiccional, las RISS consolidan y dan consistencia a un conjunto de “Micro redes”, las cuales se definen como al agregado de establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Es decir, la agregación de microrredes conforma una red de salud.

Las micro redes organizan la atención de la salud desde el nivel comunitario, buscan facilitar la organización de la atención de salud en el primer nivel, promover la programación local de las acciones de salud, mejorar el acceso y la calidad de los servicios sanitarios, así como facilitar la participación social en las acciones de salud.

Desde el Programa REDES se cuenta con información acerca de la conformación, funcionamiento y cobertura de las RISS en las jurisdicciones a partir de distintas fuentes e instrumentos. Entre ellos, el seguimiento de una matriz general de indicadores de fortalecimiento de RISS, el monitoreo de procesos de RISS en el primer nivel de atención, así como el seguimiento de los PJI.

La fuente primaria de información corresponde a registros y padrones de efectores, así como a informantes claves y referentes de REDES en las Jurisdicciones. Sin embargo, no se cuenta con información acerca de cuál es la valoración de los propios usuarios de las redes y micro redes de salud.

En el marco del modelo de atención centrado en la persona se promueve que, «todas las personas gocen de igual acceso a servicios de salud de calidad, que estén coproducidos¹ de tal modo que respondan a sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital, que estén coordinados entre todos los eslabones de la cadena asistencial, que sean integrales, seguros, eficaces, oportunos, eficientes y aceptables» (OMS, 2016: 4).

En este sentido, el modelo de atención centrado en la persona se caracteriza por los siguientes aspectos claves (OMS, 2016:2):

- Adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza.
- Los servicios de salud se organizan no tanto en función de enfermedades concretas, sino a partir de las necesidades integrales de la persona, contemplando las preferencias sociales.
- Exige que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención.
- Es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.

Los beneficios del modelo de atención centrado en la persona no solo generan ventajas en las comunidades y poblaciones, sino también en el profesional de la salud, ya que aporta, entre otras cosas, mayor satisfacción laboral, cargas de trabajo más equilibradas con menos casos de agotamiento, y oportunidades de formación y capacitación para adquirir nuevas competencias.

Dentro del abordaje integral de enfermedades crónicas no transmisibles y la asistencia sanitaria, la participación de las personas en la gestión de su propia salud representa una de las prioridades principales (Danet Danet, A. 2017).

Este rol activo de las personas implica a su vez nuevas interacciones y demandas con los servicios de salud ya que la transición del paciente de objeto a sujeto ha propiciado un cambio en la forma en que se presta la atención sanitaria, lo que a su vez debe reflejarse en la evaluación de las intervenciones sanitarias.

Surgen así nuevas formas de medir las percepciones y demandas de las personas desde el modelo de experiencia del paciente. El mismo permite reflejar la información que proporciona la persona sobre lo que le ha sucedido en la interacción continuada con los profesionales y los servicios sanitarios y sociales y su vivencia de dicha interacción y de los resultados obtenidos, diferenciándose de la tradicional medida de la satisfacción en la que se le pide al paciente que gradúe su valoración de elementos concretos de la atención (Mira *et.al.*, 2019).

Los estudios sobre experiencia de paciente han confirmado, a partir de la relación de esta nueva métrica con variables de resultado clínico y con indicadores de seguridad del paciente, que la calidad de la relación médico-paciente contribuye a la efectividad terapéutica (Doyle, 2013).

¹ Coproducción de la salud: atención de salud dispensada según una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales, los usuarios de los servicios asistenciales, su familia y la comunidad a la que pertenecen. Presupone una relación duradera entre la población, los proveedores de servicios y los sistemas de salud, en la cual se compartan la información, las decisiones y la prestación de servicios (OMS, 2016:4).

La reconfiguración de las RISS en contexto de pandemia ha supuesto un reto sobre la atención de pacientes crónicos todavía mayor que el que ya era evidente antes de la crisis sanitaria. La mayoría de las muertes por COVID-19 han ocurrido en pacientes con edad avanzada o con comorbilidades médicas subyacentes como enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión, demencia avanzada y cáncer.

En el documento “Impacto de la Pandemia COVID-19 sobre el Sistema de Salud Argentino”, elaborado por veintiséis sociedades científicas de nuestro país, se destacan una serie de consecuencias directas sobre la continuidad de los tratamientos en patologías crónicas. En el mismo se menciona una tasa de abandono del tratamiento en personas con diabetes cercana al 35%, un aumento del riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares como consecuencia del cambio en los hábitos alimentarios, así como un aumento de peso debido a las condiciones del aislamiento social y la consiguiente reducción de la actividad física.

Estudios preliminares de la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP) del Ministerio de Salud, señalan que durante el año 2020 se evidencia una reducción de las prestaciones vinculadas a diabetes en población con CPE. Esta reducción es más evidente en la identificación de nuevos casos y en los servicios brindados por la red de atención (análisis de hemoglobina glicosilada). Si bien la cantidad de pacientes que abandonan tratamientos ya iniciados es significativa, no lo es tanto en términos porcentuales.

En este contexto, resulta necesario conocer las percepciones de las personas con enfermedades crónicas acerca de cómo funcionan los servicios de salud y la atención integral que reciben para poder inferir sobre el funcionamiento actual, esto es, la organización, operatividad y cobertura de las micro redes de salud. Conocer esta experiencia es fundamental para mejorar la organización de las REDES y la atención de la salud en postpandemia, de manera tal que sea posible avanzar hacia una atención integrada y centrada en la persona.

Esta evaluación es particularmente relevante para el caso de las personas con ECNT por la frecuencia de contacto con los servicios de salud y, por lo tanto, por el potencial efecto de reducir la adherencia al tratamiento debido a experiencias de baja calidad.

A modo de ejemplo, existen antecedentes de evaluaciones de experiencia del paciente en España y países del entorno a partir de la utilización del instrumento denominado IEXPAC, que mediante una escala da respuesta a la necesidad de las organizaciones sanitarias de incorporar la experiencia y la vivencia de los pacientes para transformar el modelo de atención.

Asimismo, teniendo en cuenta que la DNFSP tiene antecedentes de realización de encuestas a usuarios de los servicios de salud, como el “Estudio de Capacidad Prestacional de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Caracterización socio-sanitaria de la Población en sus áreas de referencia”, llevado a cabo por el Programa Sumar en 2018, se considerarán los instrumentos utilizados en esa oportunidad y los resultados alcanzados como lecciones aprendidas a ser consideradas en la presente propuesta de trabajo.

2. Objetivos

Objetivo general:

Conocer las percepciones de las personas mayores de 18 años con CPE de salud que padecen diabetes e hipertensión arterial acerca de la atención integral en salud recibida, e indagar en el funcionamiento de micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas, para contribuir al fortalecimiento de las estrategias del Programa REDES.

Objetivos específicos son:

- 1- Conocer las percepciones y experiencias de personas mayores de 18 años con CPE de salud que padecen diabetes e hipertensión arterial, respecto de la atención recibida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus condiciones de salud.
- 2- Indagar en los modos organizacionales, el funcionamiento y operatividad de las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas, así como la reconfiguración de su funcionamiento en el marco de la pandemia por COVID-19.
- 3- Realizar recomendaciones que puedan contribuir en la mejora del diseño e implementación de las estrategias del Programa y otras áreas o programas de la DNFSP.

3. Marco metodológico

El estudio tendrá un abordaje cualitativo, cuantitativo y mixto a partir de:

- El análisis y resumen de literatura internacional, regional y local que proporcionará el Programa REDES sobre evaluación de experiencia del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. La misma podrá ser ampliada y/o actualizada por la consultora.
- El procesamiento y análisis de información secundaria referida a indicadores del Programa REDES, del Programa Proteger y a prestaciones del Programa Sumar, vinculadas al diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.
- La realización de encuestas a personas mayores de 18 años con CPE que padecen diabetes e hipertensión arterial, sobre las percepciones y experiencias respecto de la atención recibida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.
- La caracterización del funcionamiento de las micro redes de diabetes e hipertensión seleccionadas, a partir de información disponible en la DNFSP.
- La realización de entrevistas en profundidad a informantes claves (autoridades, responsables de Unidades de Gestión Jurisdiccional -UGJ-, jefes/as de centros de salud, médico/as de especialidades relevantes para las líneas de cuidado, otros integrantes de equipos de salud), sobre la organización, funcionamiento y operatividad de las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas, considerando el impacto de la pandemia por COVID-19.

Para la obtención de la información primaria, el Programa REDES proporcionará los siguientes insumos:

- Encuesta a personas mayores de 18 años con CPE de salud que padecen diabetes e hipertensión arterial, que se atienden en las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas.
- Guía de pautas para la realización de las entrevistas en profundidad a informantes claves.

A continuación, se explicita un listado de las variables que contendrá la encuesta destinada a la población objetivo, que recibe atención en las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas:

Variables generales:

- Sexo y género (identidad autopercebida).
- Edad
- Ubicación geográfica
- Nivel educativo
- Situación de salud (línea de cuidado, motivo de atención, etc.)
- Otras.

Variables referidas a la percepción y experiencia como pacientes crónicos respecto a la atención recibida:

- Respeto de los profesionales que lo atienden por su estilo de vida
- Información de plan de tratamiento
- Estrategias para el autocuidado
- Acceso a información de la historia clínica o historial de salud (historia clínica electrónica).
- Coordinación entre profesionales de distintos niveles de atención.
- Seguimiento periódico luego del alta hospitalaria.
- Atención domiciliaria.
- Atención por plataformas virtuales (teleasistencia).
- Articulación con servicios sociales.
- Respeto de los derechos del/la paciente: trato digno, respeto por la dignidad y la intimidad de las personas, autonomía de la voluntad.
- Barreras de acceso a la atención en términos de: distancia geográfica al centro de salud, acceso a turnos programados, tiempo de espera para la atención, satisfacción con horarios de atención, turnos, tiempo de espera, acceso a prácticas de diagnóstico y tratamiento, acceso a medicamentos.
- Control y seguimiento durante la pandemia.
- Referencia y contrarreferencia.
- Talleres sobre ECNT / pertenencia a grupo de pares.

A continuación, se explicita un listado de las variables que contendrá la guía de pautas para la realización de las entrevistas en profundidad a informantes claves sobre la caracterización del funcionamiento de las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas y su reconfiguración a partir de la pandemia por COVID-19:

- Población a cargo identificada con diabetes e hipertensión en los efectores que forman parte de la micro red.
- Procesos de red operativos en los efectores: identificación de población a cargo con DM2 y HTA, turnos programados, acceso a prácticas y estudios de laboratorio, turnos protegidos en el SNA/TNA.
- Prestaciones de diabetes e hipertensión facturadas al Programa Sumar.
- Herramientas para el abordaje de ECNT: herramientas de estandarización de procesos asistenciales, implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), capacitaciones.

- Niveles de formalización de las redes / Acuerdos de gestión.
- Comunicación entre niveles de atención.
- Funcionamiento de las redes de referencia y contrarreferencia.
- Barreras / facilitadores para el funcionamiento de las redes.
- Aspectos del funcionamiento de las redes que se vieron modificados por la pandemia por COVID-19.

4. Alcance de los servicios, tareas y trabajo de campo

El estudio se llevará a cabo en una selección de micro redes de efectores públicos de salud del primer y segundo nivel de atención, en líneas de cuidado de diabetes e hipertensión arterial, en las jurisdicciones de San Juan, Córdoba, Chaco, Río Negro y Santiago del Estero (Ver tabla N°1).

La selección de estas jurisdicciones se fundamenta en los siguientes criterios definidos por el Programa REDES: representatividad regional, desempeños heterogéneos de las jurisdicciones en las distintas etapas del Programa REDES (desde 2009 hasta 2021 inclusive), cantidad de efectores incorporados al Programa, servicios en funcionamiento en contexto de pandemia, líneas de cuidado priorizadas en el marco de los PJI, antecedentes de participación en estudios de la DNFSP, así como la predisposición y la existencia de capacidad operativa de los equipos para acompañar la realización del estudio en terreno.

Para la selección de las microredes que participarán del estudio se trabajó de manera consensuada con los referentes de las jurisdicciones, priorizando EPNA y ESNA que se encontraran desarrollando procesos de coordinación asistencial en red para ambas líneas de cuidado.

Tabla N°1: Cantidad de EPNA y ESNA que conforman las micro redes seleccionadas, por Jurisdicción.

Jurisdicción / Región	Área de la microred	Efectores de la Microred	
		EPNA	ESNA
Río Negro / Patagonia	Departamento de Adolfo Alsina / Localidad de Viedma	12	1
Chaco / NEA	Departamento San Fernando / Localidad de Barranqueras	4	1
Santiago del Estero / NOA	Departamento Banda / Localidad La Banda	9	1
San Juan / Cuyo	Departamento Albardon	5	1
Córdoba / Centro	Departamento General San Martín / Localidad Villa María	15	1
Total		45	5

Nota: En el anexo 1 se adjunta el listado de EPNA y ESNA. El Programa Redes puede modificar la selección de las micro redes de diabetes e hipertensión arterial que formarán parte

del estudio, por motivos de logística o de coyuntura sanitaria, por otras de composición similar (+/- un efector).

A partir de la cantidad de población con diabetes e hipertensión arterial registrada en los EPNA seleccionados, se definió una muestra de personas a encuestar para cada línea de cuidado.

Tabla N°2: Cantidad de personas a encuestar por línea de cuidado, según Jurisdicción

Jurisdicción / Región	Área de la microred	Muestra para estudio	
		Población con CPE a cargo de 18 años y más con DM2	Población con CPE a cargo de 18 años y más con HTA
Río Negro / Patagonia	Departamento de Adolfo Alsina / Localidad de Viedma	105	189
Chaco / NEA	Departamento San Fernando / Localidad de Barranqueras	108	202
Santiago del Estero / NOA	Departamento Banda / Localidad La Banda	139	155
San Juan / Cuyo	Departamento Albardon	37	92
Córdoba / Centro	Departamento General San Martín / Localidad Villa María	102	189
Total		491	827

Se definirá con cada jurisdicción la modalidad de contacto con las personas a encuestar. En cada caso, se deberá garantizar la representatividad según sexo. Podrán realizarse encuestas coincidentales a las personas a la salida de los establecimientos seleccionados (exit polls), en el horario de funcionamiento de cada centro, encuestando a las personas que acepten participar hasta completar la cuota definida para cada línea de cuidado. En el caso de contar previamente con los contactos de las personas a encuestar se podrán llevar a cabo encuestas telefónicas o domiciliaria.

La consultora deberá prever y definir una capacitación específica a las personas que lleven a cabo el relevamiento en terreno, así como el equipamiento informático y/o dispositivos electrónicos necesario para el relevamiento, el sistema de carga y sistematización de la información. Las bases de datos deberán ser entregadas al Programa.

Los informantes claves que participen de las entrevistas en profundidad serán definidos en acuerdo con el Programa y las jurisdicciones, pudiendo ser: autoridades, responsables de las UGJ, jefes/as de centros de salud, médico/as de especialidades relevantes para las líneas de cuidado de diabetes e hipertensión arterial, otros integrantes de equipos de salud).

5. Actividades previstas

A continuación, se detallan las actividades que se consideran indispensables para el cumplimiento de los objetivos específicos del estudio, sin perjuicio de que durante el diseño definitivo e implementación de este puedan surgir nuevas necesidades que serán consensuadas entre la firma consultora y la UEC.

5.1. Actividades objetivo específico 1

- Explicitación de la metodología, instrumento, técnicas y herramientas de análisis de datos a utilizar en el marco del estudio.
- Elaboración de un plan de trabajo.
- Diseño de sistema para carga de datos.
- Elaboración de modelo de consentimiento informado.
- Capacitación al equipo encargado de llevar adelante el relevamiento en terreno.
- Implementación del trabajo en terreno sobre la muestra de personas con diabetes e hipertensión arterial definida por el Programa, según Tabla N° 2
- Carga de la información en base de datos
- Procesamiento y análisis de la información primaria generada (que deberá entregarse a la UEC en formato que ella solicite) y secundarias.

5.2. Actividades objetivo específico 2

- Explicitación de las fuentes de información, técnicas y herramientas de análisis de datos para caracterizar el funcionamiento de las redes de salud.
- Capacitación al equipo encargado de llevar adelante las entrevistas a informantes claves.
- Implementación de entrevistas a informantes claves.
- Recopilación y análisis de registros y estadísticas de atención disponibles en los Programas Nacionales.
- Carga y procesamiento de la información provista por la Dirección y otra información relevante obtenida por la consultora.
- Caracterización del funcionamiento de las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas a partir del análisis de la información obtenida
- Caracterización de la reconfiguración del funcionamiento de las micro redes seleccionadas a partir de la pandemia por COVID-19 (telesalud)

5.3. Actividades objetivo específico 3

Estas actividades deberían reflejar las principales conclusiones obtenidas a partir del desarrollo de las actividades precedentes, a partir del análisis de los resultados del relevamiento, la información obtenida y las principales conceptualizaciones del marco teórico.

Entre los ítems a considerar en este punto se incluyen:

- Aspectos sobresalientes de la experiencia de las personas. Adherencia: facilitadores y expulsos. El rol de telesalud.
- Caracterización del funcionamiento de las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas. Vínculo con los hallazgos de relevamientos de experiencia del paciente.
- Reconfiguración del funcionamiento de las micro redes de diabetes e hipertensión arterial seleccionadas a partir de la pandemia por COVID-19 (telesalud).

- Principales resultados, aspectos de mejora, posibilidad de extender aprendizajes a otras líneas de cuidado.

Los ítems mencionados, así como otros resultados inesperados y principales hallazgos del estudio, un detalle de las actividades realizadas y toda la información sistematizada que haya servido de insumo para el trabajo, deberán presentarse en un documento final.

Asimismo, la firma consultora deberá presentar los siguientes documentos:

- Artículo científico en formato publicable.
- Presentación Power Point con un resumen del estudio.

6. Informes y productos esperados

Los productos esperados deberán plasmarse en los informes que se elaboren para el pago correspondiente de cada entregable. Los informes quedarán sujetos a la aprobación por parte del equipo contraparte de la UEC.

Se detallan a continuación los contenidos mínimos requeridos en cada uno de los productos a presentar. Los plazos de entrega de cada producto se encuentran detallados en el apartado 8.

6.1. Producto 1: Plan de trabajo, abordaje metodológico y referencias bibliográficas

- Listado de referencias bibliográficas pertinentes que vayan a utilizarse como marco teórico
- Detalle de las tareas a realizar durante el estudio, que incluya un cronograma de actividades, el cual el análisis de fuentes de información secundaria proporcionada por la DNSFP y las jurisdicciones, el plan de capacitación a relevadores/as, el trabajo de campo, el procesamiento de las encuestas y entrevistas y la entrega de los productos.

6.2. Producto 2: Informe de avance 1

- Elaboración del sistema de carga de la información relevada.
- Realización, en consenso con la UEC, de los ajustes necesarios a los instrumentos de recolección de datos aportados.
- Capacitación de las personas que implementarán los instrumentos.
- Consentimiento informado para el relevamiento.

6.3. Producto 3: Informe de avance 2

- Registro de actividades desarrolladas en el trabajo de campo y descripción de los procesos implementados.
- Principales resultados preliminares arribados a partir del análisis de la información secundaria y del procesamiento del trabajo en terreno, por jurisdicción y consolidado y según instrumento.
- Presentación en anexo de las bases de datos con la información obtenida y el libro de códigos. Las bases de datos deberán entregarse en formato csv y dta / spss, con labels de variables y diccionario acorde y vinculado con el cuestionario.
- Registros de encuestas realizadas (tasa de respuesta).

6.4. Producto 4: Informe final

El Informe Final deberá contemplar el siguiente índice orientativo:

- Introducción
- Marco teórico y metodológico.
- Resultados de los relevamientos cuali-cuantitativos a través de la realización de encuestas y entrevistas, como también el procesamiento de la información secundaria.
- Versiones finales de los instrumentos de recolección de datos y consentimientos informados.
- Base de datos comprensiva en términos de contener toda la información generada y requerida, correctamente organizada y con las variables clasificadas y bien definidas, habiendo realizado las tareas de limpieza y consistencia de datos para garantizar la calidad de la información contenida. Información sistematizada que haya servido de insumo para el estudio.
- Actividades de análisis realizadas
- Conclusiones y recomendaciones.

Dentro del producto final se espera:

- Un Informe publicable dirigido a las/os participantes del estudio, de acuerdo al formato sugerido por el Programa
- Actividades de devolución/divulgación de los resultados a los diferentes actores participantes.
- Artículo publicable, de acuerdo con el formato sugerido por el Programa.
- Resumen ejecutivo
- Presentación del estudio (versión PowerPoint o similar).

7. Composición del Equipo de Trabajo Clave y Requisitos de Formación y Experiencia

Jefe de Proyecto

Subcriterio 1- Calificaciones generales:

- Formación académica: Profesional de las ciencias sociales, médicas, exactas y/o económicas con nivel de posgrado en ciencias de la salud o ciencias sociales.
- Ejercicio mínimo en la actividad profesional. 5 años.

Subcriterio 2 - Adecuación para las tareas específicas:

- Intervención en proyectos de políticas públicas del sector salud a nivel nacional e internacional.
- Experiencia en evaluación de políticas públicas en salud a nivel nacional y/o internacional

Analista Jefe del Área Salud

Subcriterio 1 - Calificaciones generales:

- Formación académica: Profesional con nivel de grado en medicina o ciencias de la salud y/o ciencias sociales.
- Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años.

Subcriterio 2 - Adecuación para las tareas específicas:

- Intervención en proyectos de investigación en salud que hayan requerido el uso de fuentes primarias de información a partir de la generación de una base de datos y le hayan permitido obtener experiencia en el control de calidad, interpretación y comunicación de información estadística.

- Experiencia en evaluación de políticas públicas en salud a nivel nacional y/o internacional

Especialista en Sistemas y procesos de ingreso de datos y generación de bases

Subcriterio 1 - Calificaciones generales:

- Formación académica: Profesional con nivel de grado en sistemas de información y/o en estadística.
- Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años.

Subcriterio 2 - Adecuación para las tareas específicas:

- Intervención en proyectos de políticas públicas en salud.
- Experiencia en el uso de paquetes estadísticos y econométricos aplicados a investigaciones en salud
- Intervención en proyectos de investigación en salud que hayan requerido la generación de fuentes primarias de información a partir de la realización de encuestas y entrevistas en profundidad.

Coordinadores del trabajo de campo. Total 5, uno por jurisdicción participante del estudio

Subcriterio 1 - Calificaciones generales:

- Formación académica: Profesionales con nivel de grado en disciplinas sociales.
- Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años.

Subcriterio 2 - Adecuación para las tareas específicas:

- Intervención en proyectos vinculados a la temática sanitaria, que hayan requerido la realización de encuestas y entrevistas en profundidad, que le hayan permitido desarrollar capacidades administrativas y logísticas en la organización y conducción del trabajo en terreno.

La UEC establecerá las reuniones de coordinación necesarias con el equipo de la Consultoría para asegurar un permanente contacto durante el desarrollo del estudio. La contraparte técnica de la UEC tendrá posibilidad de acceder a un permanente contacto y pedido de reportes con un representante de cada una de las áreas detalladas.

8. Requisito de Reporte y Cronograma de Entregables

Número de Producto	Presentación	Pagos
1	Dentro de los 20 días contados a partir de la firma del contrato.	20%
2	A los 20 días desde la entrega del producto anterior.	30%
3	A los 60 días de la entrega del producto anterior.	20%
4	A los 20 días de la entrega del producto anterior.	30%

Los días consignados son máximos y podrá entregar los productos antes de dichas fechas si se considera que los trabajos están concluidos. La aprobación o rechazo de la recepción y aceptación definitiva de cada informe se debe producir formalmente por parte de la UEC dentro de los 30 días corridos posteriores a la entrega. El rechazo de un producto o la solicitud de revisiones a la firma consultora hasta su aprobación suspende la presentación del producto siguiente, en tanto los productos están relacionados y corresponden a las etapas del proceso.

Anexo 1: Listado de efectores

SISA	Efector	Jurisdicción	Partido	Localidad	Observaciones
50620072170174	CENTRO DE SALUD MI BANDERA - DR. GUSTAVO H. ANDREANI	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170212	CENTRO DE SALUD 20 DE JUNIO	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170150	CENTRO DE SALUD DON ZATTI	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170196	CENTRO DE SALUD SARGENTO CABRAL	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170270	PUESTO SANITARIO SAN JAVIER	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170118	CENTRO DE SALUD BARRIO SAN MARTIN	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170102	CENTRO DE SALUD BALNEARIO EL CONDOR	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170110	CENTRO DE SALUD BARRIO GUIDO	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170177	CENTRO DE SALUD PARQUE INDEPENDENCIA	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170145	CENTRO DE SALUD ENRIQUE VIGLIONE DE SANTA CLARA	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072170140	CENTRO DE SALUD EL JUNCAL	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
50620072171165	CENTRO DE SALUD PATAGONIA	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	
10620072170018	HOSPITAL AREA PROGRAMA VIEDMA ARTEMIDES ZATTI	Río Negro	Adolfo Alsina	Viedma	Hospital de SNA
50221402126166	CENTRO DE SALUD DR R CARRILLO - Bº 500 VIV	Chaco	San Fernando	Barranqueras	
50221402126473	CENTRO DE SALUD Vª DON ALBERTO	Chaco	San Fernando	Barranqueras	
50221402126479	CENTRO DE SALUD Vª HORTENSIA	Chaco	San Fernando	Barranqueras	
10221402127102	HOSPITAL EVA PERON	Chaco	San Fernando	Barranqueras	Este efector en la tabla Nº1 se contabiliza con EPNA y ESNA ya que tiene población a cargo, pero en la red funciona como efector de referencia
50700072277541	CIC CAMPO AFUERA (EX FRANCISCO GIULANO)	San Juan	Albardón	Campo Afuera	
50700072277248	CIC LA LAJA (CIC ALBARDON)	San Juan	Albardón	La Laja	
50700072177146	CAPS LAS LOMITAS	San Juan	Albardón	Las Lomitas	
50700072177140	CAPS LA CAÑADA	San Juan	Albardón	La Cañada	
50700072177127	CAPS EL RINCON	San Juan	Albardón	El Rincon	
10700072177021	Hospital Jose Giordano	San Juan	Albardón	Albardón	Hospital de SNA
50860352192096	UPA Nº9 Bº BAJO DE VERTIZ	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
50860352192157	UPA Nº 6 Bº DORREGO	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
50860352192179	UPA Nº 7 LOS LAGOS	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
50860352192190	UPA 8 Bº VILLA YANUZZI	Santiago del	Banda	La Banda	

		Estero			
50860352192451	UPA Nº 4 Bº MISKY MAYU	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
50860352192454	UPA Nº 5 BARRIO AMPLIACION PARQUE INDUSTRIAL	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
50860352192460	UPA Nº 1 Bº EL CRUCE	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
50860352192467	UPA Nº 2 CENTRAL ARGENTINO	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
50860352192470	UPA Nº 3 VILLA GRISELDA (CENTRAL/ADULTOS)	Santiago del Estero	Banda	La Banda	
10860352193408	CENTRO INTEGRAL DE SALUD DR. RICARDO ABDALA	Santiago del Estero	Banda	La Banda	Hospital de SNA
50140422232365	ASISTENCIA PUBLICA MUNICIPAL	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231379	CAPS BELGRANO	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231380	CAPS BELLO HORIZONTE	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231382	CAPS CARLOS PELLEGRINI	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231397	CAPS GENERAL ROCA	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231400	CAPS LAS ACACIAS	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231401	CAPS LAS PLAYAS	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231402	CAPS LOS OLMOS	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231413	CAPS RIVADAVIA	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231578	CAPS ROQUE SAENZ PEÑA	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231579	CAPS SAN JUSTO	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422232367	CENTRO DE INTEGRACION COMUNITARIA	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422231445	CENTRO DE SALUD MENTAL	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422232987	DISPENSARIO NICOLAS AVELLANEDA	Córdoba	General San Martín	Villa María	
50140422232369	DISPENSARIO SAN NICOLAS	Córdoba	General San Martín	Villa María	
10140422131251	HOSPITAL REGIONAL LUIS PASTEUR	Córdoba	General San Martín	Villa María	Hospital de SNA

Referencias

Cronicidad Horizonte 2025. La atención al paciente crónico en el contexto post COVID-19 Lecciones aprendidas y propuestas de mejora.

Danet Danet, A. Prieto Rodríguez, M.A. March Cerdà, J.C. (2017):” La activación de pacientes crónicos y su relación con el personal sanitario en Andalucía”. An. Sist. Sanit. Navar. 2017, Vol. 40, N° 2, mayo-agosto. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v40n2/1137-6627-asisna-40-02-00247.pdf>

Documento de adhesión. Impacto de la pandemia COVID-19 sobre el sistema de salud argentino. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentos_impacto-de-la-pandemia-covid-19-sobre-el-sistema-de-salud-argentino-documento-de-adhesion-firmado-por-sap-junto-a-otras-sociedades-cientificas-entregado-al-ministro-de-salud-dr-gines-gonzalez-garcia-235.pdf

Doyle, C. Lennox, L. Bell, D. (2012):” A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness”. BMJ Open 2013; 3: e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

The Lancet. (2020):” Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response”. Vol 395 May 30, 2020.

Ministerio de Salud Argentina (2020):”Recomendaciones para garantizar el acceso a la salud de personas trans, travestis y no binarias en el contexto de la pandemia COVID-19.

Mira, J.J. Martínez, A. Aranaz, J. Guilabert, M. (2019):” Satisfacción versus experiencia del paciente, calidad de diseño versus calidad de conformidad”. An. Sist. Sanit. Navar. 2019, Vol. 42, N° 3, septiembre-diciembre. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0740>

Mira, JJ. Nuño-Solinís, R. Guilabert-Mora, M. Solas-Gaspar, O. Fernández-Cano, P. González- Mestre, M. (2016):” Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care”. Int J Integrated Care 2016; 16: 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.2443>

OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, abril de 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: REDES DE SALUD - TDR evaluación de experiencia del paciente

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 16 pagina/s.