Universidad ORT Uruguay

Facultad de Comunicación

Inasistencia y acceso oportuno a la salud en policlínicas barriales de Montevideo

Entregado como requisito para la obtención del título de Licenciado en Comunicación orientación Analítica de Datos e Innovación

Edgar Occelli - 285459

Francisco Urioste - 268710

Tutoría: Álvaro Roldán

2026

Declaración de objeto y uso de elementos de terceros

Este trabajo de fin de carrera es un trabajo académico que se origina en el proceso formativo de la universidad. No se trata de un producto comercial y su difusión pública no está autorizada.

Este trabajo puede incluir elementos de propiedad intelectual de terceros, según se detalla en el Anexo correspondiente[11]. No debe ser divulgado fuera del ámbito académico sin permiso de los propietarios de estos elementos.

Los autores del trabajo declaran que han realizado sus mejores esfuerzos por identificar estos elementos que son propiedad de terceros, y liberan a la universidad de responsabilidades originadas por cualquier omisión.

Tabla 1: Elementos de terceros

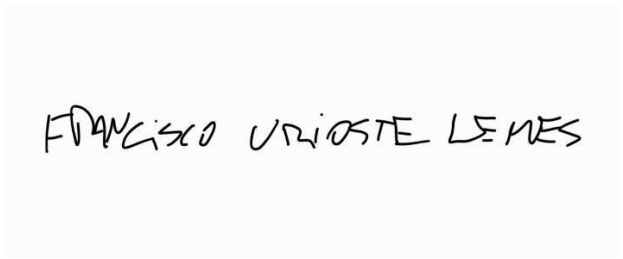
Elemento	Ubicación (página)	Titular de la propiedad intelectual	Permiso de Uso
Base de Datos: Atenciones en Policlínica 2025	Enlace a la base	Intendencia de Montevideo, División Salud	Acceso público
Base cartográfica / mapa: Municipios de Montevideo	121	Intendencia de Montevideo	Acceso público

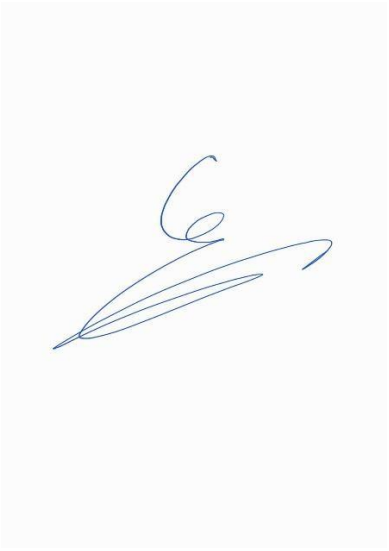
[1] Ver anexo 13.6.

Declaración de autoría

Nosotros, Edgar Occelli y Francisco Urioste, declaramos que el trabajo que se presenta en esa obra es de nuestra propia mano. Podemos asegurar que:

- La obra fue producida en su totalidad mientras realizábamos el Proyecto Final de Grado de la Licenciatura en Comunicación orientación Analítica de Datos e Innovación;
- Cuando hemos consultado el trabajo publicado por otros, lo hemos atribuido con claridad.
- Cuando hemos citado obras de otros, hemos indicado las fuentes. Con excepción de estas citas, la obra es enteramente nuestra.
- En la obra, hemos acusado recibo de las ayudas recibidas.
- Cuando la obra se basa en trabajo realizado juntamente con otros, hemos explicado claramente qué fue contribuido por otros, y qué fue contribuido por nosotros.
- Ninguna parte de este trabajo ha sido publicada previamente a su entrega, excepto donde se han realizado las aclaraciones correspondientes.





Francisco Urioste Lemes Edgar Gabriel Occelli Soria

Montevideo, 24 de marzo de 2026

Resumen ejecutivo

El proyecto analiza los tiempos de espera y, en particular, la inasistencia a consultas médicas no urgentes en policlínicas de la Intendencia de Montevideo que atienden a usuarios de ASSE. Este problema sucede en un contexto en que las demoras exceden los plazos normativos y debilitan el acceso oportuno al sistema público de salud.

La investigación busca comprender cómo se distribuye la inasistencia y qué factores explican la ausencia sin cancelación ni reprogramación previa. Para eso, el análisis se organiza en torno a cuatro dimensiones: tiempos de espera, tasas de inasistencia, mecanismos institucionales de recordatorio, cancelación y reasignación, y disponibilidad de recursos físicos y humanos.

En esa línea, el objetivo general es identificar cómo se distribuye la inasistencia por policlínica, especialidad y características de la población, tomando el tiempo de espera como indicador contextual del funcionamiento del servicio. De manera más específica, el trabajo procura determinar dónde se concentran las mayores tasas de inasistencia y cuáles son los motivos que explican la no concurrencia. El análisis se limita a consultas no urgentes en policlínicas montevideanas, con foco en datos públicos del período 2019-2025 y en la población de 20 a 49 años.

La investigación combina el análisis de bases de datos públicas y una encuesta aplicada a residentes de los municipios A, D y F con entrevistas en profundidad a usuarios, vecinos, personal médico, agentes comunitarios, asistentes sociales y referentes institucionales. El análisis de datos permite identificar patrones de distribución de la inasistencia y su relación con los tiempos de espera. La encuesta aporta información sobre experiencia, percepciones y dificultades de acceso en los territorios seleccionados. Las entrevistas, por su parte, hacen posible comprender cómo las condiciones de vida, la organización cotidiana y el vínculo con el sistema de salud inciden en la asistencia a consulta. Los hallazgos muestran que la inasistencia es multicausal y territorialmente desigual. Se concentra con mayor intensidad en jóvenes adultos de 20 a 34 años, en policlínicas como Casavalle y Los Ángeles, y en especialidades de atención básica, especialmente Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. El trabajo muestra, además, que la inasistencia no responde principalmente a una conducta individual aislada ni a una expresión de apatía, sino a una lógica reactiva de vinculación con el sistema de salud: la consulta se activa ante el dolor, la urgencia o la necesidad inmediata, y pierde prioridad cuando desaparece el malestar.

Esa lógica está fuertemente condicionada por factores materiales y cuestiones relacionadas a la vida cotidiana, como la precariedad del entorno, las responsabilidades domésticas, los problemas para trasladarse, la inseguridad percibida y los tiempos de espera. Al mismo tiempo, la continuidad del vínculo con el médico tratante favorece de manera clara la adherencia a la consulta. En contraste, persisten debilidades relevantes en los mecanismos institucionales de recordatorio y en la gestión de la consulta, especialmente para anticipar la

inasistencia y consolidar la comunicación con los usuarios (pudiendo afirmar que la inasistencia debilita la continuidad del cuidado, desaprovecha turnos en un sistema ya tensionado y restringe el acceso de otros usuarios). Como aporte aplicado, el trabajo propone un plan de comunicación orientado a la cancelación oportuna de consultas circunstanciales, la reprogramación de consultas de control y la revalorización de la consulta desde una concepción preventiva de la salud. Se plantea la comunicación como camino para ofrecer una mayor continuidad en el cuidado, mejorar los mecanismos de gestión de agenda y fortalecer el vínculo entre las policlínicas y sus pacientes.

Palabras clave: inasistencia; tiempos de espera; acceso a la salud; ASSE; Policlínicas de Montevideo; primer nivel de atención; comunicación en salud; Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina General; educación; lógica reactiva.

Índice

Declaración de objeto y uso de elementos de terceros 2
Declaración de autoría 3
Resumen ejecutivo 4
Índice 6
Nota aclaratoria 10
1. Introducción 11
2. Contexto y relevancia del problema 12
2.1 Problema de investigación 13
2.2 Hipótesis 13
2.3 Objetivo general 13
2.4 Objetivo específico 13
2.5 Alcance y limitaciones 13
2.6 Estructura del documento 14
3. Estado del arte 16
4. Análisis PESTEL 19
4.1 P (Político) 19
4.2 E (Económico) 19
4.3 S (Social) 19
4.4 T (Tecnológico) 19
4.5 E (Ecológico / Ambiental) 20
4.6 L (Legal) 20
5. Marco teórico 21
5.1 Conceptos clave del problema 21
5.1.1 Salud pública y derecho al acceso a la atención (AAAQ) 21
5.1.2 Equidad como criterio transversal 21
5.1.3 Expectativas en la experiencia del servicio 22
5.2 Semiótica: área fundamental para comprender la interacción humana 22
5.3 Comunicación en la salud: términos fundamentales 23
5.3.1 Comunicación efectiva 24
5.3.2 Alfabetización en salud 24
5.3.3 Comunicación terapéutica 25
5.4 Marco conceptual y definiciones clave: modelos teóricos de la comunicación en la salud 25

5.4.1 Modelo de Roman Jakobson *25*
5.4.2 Modelo de Creencias en Salud *26*
5.4.3 Modelo de Etapas de Cambio *26*
5.4.4 Modelo de la Teoría del Aprendizaje Social *27*
6. Marco metodológico 28
6.1 Diseño general 28
6.2 Fuentes de información 29
7. Análisis de la investigación secundaria 30
7.1 Descripción de las bases de datos utilizadas 30
7.2 Procesamiento de datos 30
7.2.1 Atención en Policlínica 2025 ..... *32*
7.3 Resultados 34
7.4 Contexto físico y sociodemográfico 38
8. Desarrollo de fuentes primarias 41
8.1 Criterios de muestreo 41
8.2 Instrumento de recolección 41
8.3 Procedimiento del análisis 41
8.4 Herramientas de análisis y visualización 41
8.5 Limitaciones metodológicas 41
8.6 Análisis de la investigación cualitativa 42
8.6.1 Entrevistas *42*
8.7 Análisis de la investigación cuantitativa 46
8.7.1 Encuestas *46*
8.7.2 Objetivo *48*
8.7.3 Caracterización de la muestra *48*
8.7.4 Hallazgos *48*
9. Conclusión de la investigación 54
10. Plan de Comunicación 56
10.1 Introducción 56
10.2 Problema central 56
10.3 Objetivo general 57
10.4 Objetivos específicos 57
10.5 Públicos objetivos 57
10.6 Mensajes clave y narrativa 58
10.7 Eje 1: Cancelación de consultas circunstanciales 58
10.7.1 Acción 1: Remodelación del ticket comprobante *59*

10.7.2 Acción 2: Mensaje directo automático al teléfono del paciente por WhatsApp 60
10.8 Eje 2: Reprogramación de consultas por control 62
10.8.1 Acción 1: Instrucción bilateral: temas a tratar y tarjeta 'Mi próxima consulta' . 62
10.8.2 Acción 2: Mensaje mensual comunitario 64
10.9 Eje 3: Educación 66
10.9.1 Acción 1: Kit Educativo para la Prevención en Salud (KEPS) 66
10.9.2 Acción 2: Charlas en centros comunitarios 68
10.10 Costos estimados 70
10.11 Indicadores clave de desempeño 70
11. Conclusión del trabajo 71
12. Referencias bibliográficas 73
12.1 Referencias teóricas, metodológicas y académicas 73
12.2 Documentos institucionales, técnicos y estadísticos 73
12.3 Normativa legal y documentos oficiales 75
12.4 Fuentes periodísticas y sitios web 76
13. Anexos 78
13.1 Guía de entrevistas 78
13.1.1 Entrevista a Andrea Acosta (ingeniera en sistemas, MIDES, docente en ORT) 78
13.1.2 Entrevista a médica familiar de policlínica de la Intendencia de Montevideo .. 83
13.1.3 Entrevista con Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria 87
13.1.4 Entrevista en profundidad con asistente social 91
13.1.5 Entrevistas en profundidad a vecinos del barrio de la policlínica 98
13.1.6 Entrevista a licenciada en comunicación 103
13.2 Estructura de la encuesta 111
13.3 Diccionario de variables de base de datos 124
13.4 Tablas y gráficos complementarios 125
13.4.1 Tablas y gráficos complementarios: bases de datos 125
13.4.2 Tablas y Gráficos Complementarios: Encuesta 126
13.5 Análisis PESTEL 127
13.5.1 P (Político) 127
13.5.2 E (Economía) 128
13.5.3 S (Social) 129
13.5.4 T (Tecnología) 130
13.5.5 E (Ecológicas) 133

13.5.6 L (Legal) *135*
13.6 Elementos de Terceros 138
13.7 Archivos de código 139
13.8 Cronograma de trabajo 139
13.9 Códigos 139
13.9.1 Código de estandarización *139*
13.10 Análisis de entrevistas 141
13.10.1 Segmentación: el grillado de las entrevistas *142*
13.10.2 Conceptualización y clasificación: la codificación abierta *143*
13.10.3 Integración de códigos: codificación axial *145*
13.10.4 Análisis de la grilla por temáticas y participantes *146*
13.10.5 Fase de síntesis *149*
13.11 Análisis FODA de las policlínicas Casavalle y Los Ángeles 150
13.11.1 Fortalezas *150*
13.11.2 Oportunidades *150*
13.11.3 Debilidades *150*
13.11.4 Amenazas *151*
13.12 Herramientas de ideación 151
13.12.1 Mapa mental *152*
13.12.2 Cuadro de diseño de marketing *153*
13.12.3 SCAMPER *154*
13.13 Ubicación de las policlínicas 155
13.14 User persona 158
13.14.1 Mariana López (35-49 años) *158*
13.14.2 Sebastián Rodríguez (20-34 años) *159*
13.15 Prototipos 160
13.15.1 Remodelación de ticket comprobante *160*
13.15.2 Mensaje directo automático al teléfono del paciente por WhatsApp *161*
13.15.3 Instrucción bilateral: temas a tratar y tarjeta 'Mi próxima consulta' *162*
13.15.4 Mensaje mensual comunitario *163*
13.15.5 Kit Educativo para la Prevención en Salud (KEPS) *164*
13.16 Consulta finalizada e inasistencia por rango de edad 164
13.17 Comprobante 165

Nota aclaratoria

Nota de aclaración: Para esta investigación se coordinaron y procesaron 11 entrevistas en profundidad. Fragmentos de las mismas relevantes para la investigación están presentes en el cuerpo de texto, sin embargo, esta versión del documento no incluye el anexo de entrevistas completas con el fin de preservar a las fuentes. Los fragmentos excluidos en este archivo de ningún modo comprometen la comprensión del Programa de Comunicación propuesto.

1. Introducción

El presente trabajo analiza una problemática central para el sistema público de salud uruguayo: la inasistencia a consultas médicas no urgentes en policlínicas de la Intendencia de Montevideo que atienden a usuarios de ASSE, en un contexto marcado por extensos tiempos de espera. Esta situación no solo afecta a la continuidad del cuidado de los pacientes, sino que también repercute en el funcionamiento del servicio, en el uso de los recursos disponibles y en las posibilidades de acceso de otros usuarios a la atención.

A partir de este escenario, la investigación propone comprender cómo se configura la inasistencia y cuáles son los factores que intervienen en la ausencia a la consulta sin cancelación ni reprogramación previa. El problema se aborda desde una perspectiva que contempla no solo el comportamiento individual de los usuarios, sino también las condiciones institucionales, territoriales y sociales que inciden en el acceso efectivo a la salud. Partiendo de esa base, se analizan especialmente los tiempos de espera, la tasa de inasistencia, los mecanismos de recordatorio, cancelación y reasignación de turnos, y la disponibilidad de recursos humanos y físicos en los servicios.

El trabajo combina análisis de bases públicas, una encuesta propia y entrevistas en profundidad, acompañado de un relevamiento de antecedentes donde se construye un marco conceptual sobre salud, equidad, experiencia del usuario y comunicación en salud. La triangulación entre las diferentes técnicas ayuda a identificar tanto patrones de inasistencia como las razones que explican la inasistencia sin cancelación o reagenda en el contexto de las policlínicas barriales estudiadas.

Sobre estos hallazgos, el trabajo avanza hacia la formulación de una propuesta aplicada al entorno: un plan de comunicación orientado a fomentar la cancelación oportuna, la reprogramación de consultas de control y la revalorización de la consulta médica como instancia de prevención y seguimiento. De este modo, la investigación conecta diagnóstico y propuesta en una misma lógica de intervención y dentro de un contexto sociodemográfico particular y específico.

2. Contexto y relevancia del problema

La relevancia del tema se sustenta en la brecha que existe entre los plazos máximos normativos y las demoras efectivas para consultas no urgentes. El Decreto N. º 359/007, establece que los prestadores deben otorgar cita para consulta externa en Medicina General, Pediatría y Ginecobstetricia en un plazo máximo de 24 horas (Decreto N. º 359/007, 2007b).

En términos prácticos, estas demoras no solo constituyen un incumplimiento de estándares, sino que se asocian con obstáculos concretos para el acceso y con fricciones en el uso del servicio. En ese ámbito, cobra relevancia observar indicadores que reflejan tanto la percepción de los usuarios como el desempeño operativo del sistema, entre ellos la inasistencia a consultas no urgentes. Con esta finalidad, se incorporan a continuación fuentes que permiten valorar ambas dimensiones.

A su vez, la magnitud del problema ha sido reconocida por las autoridades y se refleja en indicadores de satisfacción y funcionamiento del sistema. En ese sentido, se observa que los tiempos de espera aparecen entre los principales motivos de insatisfacción: según una encuesta realizada por Opción Consultores, un 67% menciona que los tiempos de espera para acceder a una consulta con un médico especialista como motivo de insatisfacción (Kosak, 2023). En una reunión con una miembro del Equipo de TI y de la Gerencia Asistencial de ASSE, Inés Caraballo y Silvia Melgar respectivamente, informan que la inasistencia en consultas no urgentes oscila entre 18,5% y 30% a nivel país (Melgar & Caraballo, comunicación personal, 12 de junio, 2025). Además, la *Respuesta ID 7069* de la Unidad de Transparencia aporta el dato que en 2024 el ausentismo general fue de 18,5%. Por su parte, El País, citando datos oficiales, reporta que en marzo de 2023 el 28,5% de las citas de ASSE no se concretó (Magallanes, 2023).

En ese sentido, se le consulta vía llamada telefónica a la actual directora de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), Fernanda Nozar, por la relevancia de la problemática y su afectación en los tiempos de espera: “Esta gestión que ustedes hacen (sobre la inasistencia) impacta en los tiempos de espera, porque si yo tengo turnos copados por gente que no los utiliza, retraso a otros” (Fernanda Nozar, comunicación personal, 25 de abril, 2025). Los tiempos de espera son auditados por el MSP, a través de la JUNASA y hace cumplir determinadas reglamentaciones ministeriales. Según comenta la directora, ASSE es el principal prestador de salud y es donde asisten, en mayor medida, los quintiles más bajos de la población (quienes suelen acceder mayoritariamente de forma presencial), son grandes condicionantes a la hora de dar el servicio. (Fernanda Nozar, comunicación personal, 25 de abril, 2025).

Estos datos confirman que el sector público (en particular, ASSE) enfrenta un problema estructural de demora en la asignación de turnos. La institución reconoce el tema como prioridad: en el documento *20 prioridades y desafíos del Directorio de ASSE (2025–2030)*, el punto 5 establece ‘Reducir las demandas en espera’.

2.1 Problema de investigación

El problema de investigación se centra en el ausentismo (inasistencia) en consultas médicas no urgentes en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo, en un contexto caracterizado por tiempos de espera considerables en el sistema de salud.

Para abordar este problema, el estudio se focaliza en cuatro variables: (1) el tiempo medio de espera en Medicina General y Medicina Familiar; (2) la tasa de inasistencia del usuario al turno asignado; (3) el mecanismo institucional de recordatorio, confirmación, cancelación y reasignación de turnos; y (4) la disponibilidad de recursos humanos y físicos que condicionan la oferta. Asimismo, el recorte temporal comprende el período 2015–2025, con énfasis en los datos públicos 2019–2025.

Estas cuatro variables: definen el problema de investigación, delimitan el marco analítico del estudio, describen la magnitud del fenómeno (tiempos de espera e inasistencia) y caracterizan condiciones asociadas a la gestión de turnos (mecanismos institucionales y disponibilidad de recursos). Sobre esta base, se formulan las hipótesis de trabajo que serán contrastadas con el análisis de datos y el trabajo de campo. Como supuesto, se entiende que la inasistencia registrada en las bases de datos representa una 'no atención absoluta', lo que quiere decir que, la consulta que está registrada con esta etiqueta, indica que el paciente no se atiende en ningún lado para ese turno específico.

2.2 Hipótesis

En continuidad con las variables definidas en el problema de investigación, se plantean cuatro hipótesis de trabajo que orientan el análisis de bases de datos, la encuesta y las entrevistas. En primer lugar, se plantea que los jóvenes adultos (de 20 a 34 años) tienen una mayor inasistencia que los adultos (de 35 a 49 años). En segundo lugar, las 'especialidades de atención básica' son las de mayor volumen de inasistencias en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo. En tercer lugar, los tiempos de espera, la disponibilidad de traslado y la inseguridad percibida son elementos relevantes en la inasistencia de los pacientes. Por último, la relación reactiva (centrada en la presencia de dolor o malestar), es clave para explicar la inasistencia sin cancelación previa.

2.3 Objetivo general

En este estudio, el tiempo de espera se incorpora como indicador descriptivo del acceso oportuno y como contexto del funcionamiento del servicio. El foco analítico principal, no obstante, se concentra en la inasistencia a consultas no urgentes, con el fin de identificar su distribución por policlínica, especialidad y características de la población.

2.4 Objetivo específico

De forma específica, conocer dónde se registra la mayor tasa de inasistencia y cuáles son los motivos que explican la inasistencia sin cancelación previa.

2.5 Alcance y limitaciones

Para comprender los criterios utilizados para segmentar el público al cual está dirigida

la investigación y el plan de comunicación, es necesario realizar algunas aclaraciones:

Iniciado el período de investigación en octubre de 2025, se establece, por unanimidad dentro del equipo de trabajo, el 14 de enero de 2026 como fecha de finalización de dicho período.

Debido a la magnitud del sistema de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado, de la cantidad de usuarios de la institución (1,5 millones de usuarios aproximadamente), las especialidades médicas profesionales reconocidas por el Ministerio de Salud Pública y la profundidad de su público (comprende pacientes de todas las edades); el equipo decide acotar la investigación a las policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IMM) dentro de Montevideo para consultas no urgentes en especialidades médicas profesionales. La elección del público en concreto es consecuencia del análisis hecho en las bases de datos de los diferentes portales mencionados.

Esta elección surge a partir de varios motivos (además de los ya mencionados): en la investigación de bases de datos, se logran alcanzar bases de datos públicas (con datos sobre rangos etarios, especialidades, inasistencias, entre otras variables) sobre las policlínicas de Montevideo, a través del portal de datos abiertos de la División Salud, división que forma parte de la Intendencia de Montevideo y cuyo enfoque radica en la compilación de este tipo de información. Por dicho motivo, no se tiene en cuenta centros hospitalarios (como lo son el Hospital Maciel, el Hospital de Clínicas y similares). Tampoco se tiene en cuenta policlínicas y centros hospitalarios del resto de los departamentos del país, por las razones ya mencionadas.

A la hora de analizar las inasistencias por especialidad, se toma en cuenta únicamente las especialidades médicas profesionales, descartando profesionales de la salud que excedan esta definición. En ese sentido, se toma como referencia el informe final *Desarrollo de un modelo sistemático para la planificación de especialidades médicas en Uruguay*, desarrollado por las licenciadas Soledad Bonapelch y Cecilia Cárpena y el doctor Guillermo Fuentes, en el contexto de una asesoría técnica solicitada por el MSP en 2021: “Actualmente, Uruguay tiene 52 especialidades médicas entre las cuales las personas graduadas en medicina podían concursar para acceder a los cupos de posgrado y residencias médicas habilitados“ (Bonapelch et al., 2021, p.18).

2.6 Estructura del documento

El cuerpo principal del documento se divide en 3 etapas:

La primera etapa corresponde al marco conceptual y metodológico, compuesto por dos apartados. El marco teórico delimita el problema y reúne los conceptos y antecedentes relevantes (como los tiempos de espera, la inasistencia y las nociones de comunicación en salud) que orientan el análisis, mientras que el marco metodológico explicita el enfoque y el diseño de la investigación, las fuentes y técnicas empleadas (entre ellas el análisis de bases de datos, las entrevistas y las encuestas), así como los criterios de recorte y las principales decisiones analíticas.

La segunda etapa del documento consta de analizar la problemática de las inasistencias de los usuarios a las consultas médicas siguiendo el siguiente orden lógico. Primero, se analiza una base de datos[2] pública de las policlínicas de Montevideo (disponible en el portal de datos abiertos de la División Salud, Intendencia de Montevideo). A continuación, se entrevistan informantes clave (usuarios de policlínicas, médicos, sociólogo, asistentes sociales, agentes comunitarios, concejal vecinal) y, contemporáneamente, se encuesta a vecinos residentes de los municipios donde se encuentran las policlínicas barriales con mayor cantidad de inasistencias. Toda esta investigación termina con una conclusión global de todos los hallazgos extraídos de estas herramientas.

La tercera y última etapa es el plan de comunicación en su totalidad. Se definen los objetivos de dicho plan, con sus indicadores claves de desempeño, sus públicos objetivo, mensajes clave y narrativa a seguir con los diferentes públicos que abarca el plan, los medios y canales por los cuales se pretende llegar a ellos y las métricas que se entiende sirven para evaluar el desempeño del plan en la práctica.

[2] Base de datos: Conjunto organizado de datos guardados de forma estructurada para poder consultarlos y analizarlos. Puede ser una planilla, un sistema con tablas relacionadas o un registro institucional. Su valor está en el orden, la consistencia y la posibilidad de recuperar información sin rehacerla.

3. Estado del arte

El sistema de salud uruguayo comienza a desarrollarse en el siglo XIX. En ese proceso se funda el Hospital Maciel en 1836 y, ya en el siglo XX, se consolidan las instituciones públicas bajo la premisa de brindar asistencia gratuita a los sectores vulnerables. Al mismo tiempo, se fortalecen las estructuras hospitalarias estatales y la formación médica universitaria a través de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

En el año 1987 se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como institución independiente del Ministerio de Salud Pública (MSP). Esta medida diferencia funciones y profesionaliza la gestión hospitalaria. Sin embargo, durante las décadas de 1990 y 2000 ASSE enfrenta problemas de infraestructura obsoleta, falta de personal en el interior del país y aumento de la demanda de atención de sectores vulnerables con menor acceso a la salud privada.

La reforma estructural de 2007 reorganiza el sistema de salud en Uruguay al crear el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y consolidar a ASSE como el prestador público de referencia. Entendiendo esto, las dificultades de acceso, los turnos y las demoras no ocurren como fenómenos aislados, sino en relación con la ampliación del acceso y el incremento de la demanda sobre los servicios de salud. El problema se agranda en un contexto atravesado la disponibilidad de recursos humanos, la infraestructura, la organización de los cuidados y los sistemas de información (Banco de Previsión Social, s.f.; Ley 18.161, 2007c; Ley 18.211, 2007a; Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014).

Para ampliar su cobertura, ASSE sostiene una red de alianzas con otras instituciones. En el sector público, el Decreto N. º 392/012 crea la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), principal esquema de articulación pública con ASSE como institución coordinadora. La RIEPS reúne a actores estatales estratégicos del sistema, entre ellos ASSE, Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, el Banco de Previsión Social (BPS) y distintos gobiernos departamentales. Su función es organizar la complementariedad entre sus integrantes y permite a ASSE acceder a servicios que requieren infraestructura especializada, alta tecnología o resolución de casos complejos. En la práctica se traduce en vínculos con centros de alta complejidad como el CUDIM, las colaboraciones con el Hospital de Clínicas en docencia, formación y servicios especializados, los apoyos de la sanidad militar y policial para contingencias y derivaciones, los acuerdos con el BPS para prestaciones vinculadas a la cronicidad y el apoyo social, y la participación de las intendencias para fortificar el primer nivel de atención.

En el sector privado, ASSE mantiene en 2017 más de 350 convenios de complementación con instituciones privadas. Estos acuerdos buscan ampliar la capacidad asistencial, sobre todo en servicios de alta complejidad y en zonas rurales o de difícil acceso. Incluían, entre otros, servicios de alta complejidad y cuidados críticos con CASMU y Círculo

Católico, apoyos territoriales y de continuidad del cuidado con la Asociación Española en zonas de Canelones y complementación rural con instituciones del interior, como la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto.

Dentro de esta lógica de complementación territorial, la Intendencia de Montevideo (IMM) cumple un rol sanitario propio a través de la División Salud, que integra servicios como Atención a la Salud, Regulación Alimentaria y Salubridad. Según el Digesto Departamental, sus cometidos incluyen contribuir a la construcción de un sistema de atención de primer nivel en Montevideo mediante una estrategia de atención primaria de salud (APS) como componente del SNIS y articular territorialmente con la Red de Primer Nivel de ASSE (Intendencia de Montevideo [IMM], s.f.-a). También prevé acciones de educación, promoción, prevención y atención integral en policlínicas y ámbitos comunitarios. Ese enfoque se concreta en la red de policlínicas municipales o barriales. Según el portal institucional, estas policlínicas atienden gratuitamente a usuarios de ASSE y, según el área o la especialidad, organizan la atención mediante consultas programadas, telefónicas o presenciales (IMM, s.f.-b). En la misma línea, el Digesto establece que la División Salud brinda atención de primer nivel a usuarios con cobertura pública en el marco de los convenios respectivos, lo que refuerza su función de complementariedad territorial (IMM, s.f.-a).

La red de policlínicas municipales es vital para este trabajo por el registro efectivo de los turnos asignados, las consultas realizadas y las inasistencias (datos clave en la gestión de agenda y la continuidad del cuidado). La publicación de estos datos posibilita observar la diferencia entre agenda prevista y atención efectiva. Por eso, incorporar a la División Salud y a su red de policlínicas ayuda a entender el fenómeno de los turnos y la no concurrencia dentro de una red territorial de primer nivel que interactúa con ASSE e influye en las derivaciones, la accesibilidad y la demanda asistencial. Como parte de ello, el SNIS reglamenta el derecho a la protección de la salud mediante un Seguro Nacional de Salud financiado por FONASA, que abarca trabajadores, núcleos familiares, jubilados, pensionistas y monotributistas. Los usuarios pueden elegir entre distintas instituciones y cambiar de prestador dentro de determinados plazos. Estas instituciones se agrupan principalmente en dos categorías: las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), entidades privadas que brindan cobertura integral mediante prepago y financiamiento en gran parte asociado a FONASA, y ASSE, que forman parte del sistema público hospitalario del Uruguay.

Según el Informe Múltiple Cobertura en el SNIS (Ministerio de Salud Pública, 2024a), las IAMC concentran el 55,8 % de los usuarios y ASSE el 34,6 %. Luego aparecen los seguros privados, con el 3,3 %, y la sanidad policial y militar, con el 3 % y el 3,3 %, respectivamente. Esta distribución confirma el peso de ASSE dentro del sistema y refuerza la relevancia de analizar sus problemas de acceso y funcionamiento. En este contexto, la demora tiene un impacto directo en la satisfacción de los usuarios. Según un informe de Opción Consultores (2022, como se cita en Kosak, 2023), los tiempos de espera son el principal motivo de

insatisfacción en el sistema: el 67 % de las personas encuestadas señala la espera para acceder a consultas con especialistas, por encima de la mala calidad del servicio (14 %) y la superpoblación (13 %). Además, datos del portal A tu Servicio del MSP, citados por Kosak (2023), muestran que los prestadores mejor evaluados en el primer nivel de atención son también los de cuota más alta.

Por su parte, el Decreto N. º 359/007, dictado en 2007, obliga a las sociedades médicas a cumplir estándares de calidad vinculados con los tiempos de espera en consultas no urgentes. En Medicina General, Pediatría y Ginecología, el plazo objetivo máximo es de dos días; las consultas externas con especialistas no pueden superar los 30 días; y los procedimientos quirúrgicos no urgentes deben realizarse en menos de 180 días desde la indicación médica. Sin embargo, según datos reportados por el Ministerio de Salud Pública (2022, como se cita en El Observador, 2023), uno de cada cuatro prestadores de salud supera los tiempos máximos establecidos por la normativa.

4. Análisis PESTEL

Antes de abordar las inasistencias en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo, se analiza el macroentorno en que operan estos centros de salud y la salud pública en general a partir de la herramienta PESTEL (desarrollada con mayor profundidad en el anexo 13.5).

4.1 P (Político)

Según El País (2023), el Ministerio de Salud Pública sancionó con seis multas a prestadores privados y a ASSE, lo que sugiere que el cumplimiento de los tiempos de espera previstos en el Decreto N. º 359/007 sigue siendo esquivo para parte de prestadores. MSP y ASSE no quedan al margen de los cambios políticos e institucionales. El 1 de marzo de 2025 asume Cristina Lustemberg como ministra de Salud Pública. En ASSE, el 2 de abril de 2025 asume Álvaro Danza como presidente, junto con Daniel Olesker como vicepresidente, Marcela Cuadrado como vocal y Federico Martiarena como gerente general.

4.2 E (Económico)

El SNIS se financia a través del FONASA, un fondo público único integrado por aportes obligatorios de trabajadores y empleadores, así como por rentas del Estado. Este mecanismo promueve un financiamiento solidario y equitativo que busca garantizar el acceso a servicios de salud. Desde el modelo introducido en 2007, los prestadores reciben un pago caritativo básico por usuario. A ello se suma un componente variable, cercano al 8% del total asignado, sujeto al cumplimiento de metas de calidad y resultados asistenciales. La JUNASA paga este componente solo cuando el prestador cumple los criterios establecidos, verificados mediante indicadores y auditorías periódicas.

4.3 S (Social)

La demora de turnos en ASSE se inscribe en un contexto de acelerado envejecimiento demográfico. Según los resultados finales del Censo 2023, las personas de 65 años o más representan el 16% de la población (545.301 habitantes), mientras que los menores de 14 años alcanzan el 19%. Si un siglo atrás había dieciséis niños por cada adulto mayor, hoy la relación es casi de uno a uno. Una población más envejecida demanda controles y atención de enfermedades crónicas, lo que incrementa la presión sobre el sistema.

A ello se suman desigualdades socioeconómicas y digitales. ASSE concentra mayoritariamente usuarios de menor nivel socioeconómico: en el quintil 1 reúne al 72% de las personas de ese tramo (Ministerio de Desarrollo Social, s.f.). Se trata de sectores con menos posibilidades de recurrir al subsector privado, por lo que cualquier retraso afecta con mayor fuerza a la población más vulnerable. Además, la Agenda Digital y la Historia Clínica Digital exigen competencias básicas que muchos adultos mayores no poseen, lo que los empuja a canales telefónicos y presenciales. Así, la demora en la obtención de turnos deja de ser solo un problema operativo y pasa a constituirse en un factor de inequidad.

4.4 T (Tecnológico)

Las tecnologías vinculadas a la salud han ampliado el acceso a la información clínica,

agilizado diagnósticos y mejorado la planificación quirúrgica. La digitalización de historias clínicas, la autogestión de turnos y la telemedicina contribuyen a descongestionar policlínicas y a extender la atención a zonas alejadas. Entre las innovaciones más disruptivas se encuentran la cirugía robótica, la impresión 3D de prótesis, la nanomedicina, los sistemas avanzados de imágenes y la inteligencia artificial. En conjunto, estas herramientas prometen mejores resultados clínicos y mayor eficiencia en el uso de recursos. Sin embargo, su adopción exige resguardar la privacidad y la seguridad de los datos, integrar plataformas con sistemas clínicos existentes y capacitar a pacientes y profesionales.

4.5 E (Ecológico / Ambiental)

La salud humana y la del planeta son interdependientes: la calidad del aire, del agua y de los ecosistemas incide directamente en el bienestar de las comunidades. La Organización Mundial de la Salud plantea un enfoque ecológico que exige gestionar sosteniblemente el entorno y promover políticas públicas orientadas a entornos sanos. En Uruguay, la creación del Ministerio de Ambiente en 2020 y la aprobación de normas como la Ley 17.283, la Ley 19.829 y el Plan Nacional de Gestión de Residuos muestran avances en esa dirección. A la vez, CERES propone ajustes al SNIS para hacerlo financieramente sostenible y reducir barreras de acceso.

4.6 L (Legal)

A nivel global, la calidad de la atención sanitaria y los derechos de los usuarios se sustentan en normas específicas. En Uruguay, este marco jurídico se articula en torno al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y organismos como el Ministerio de Salud Pública y el FONASA. La Ley N. º 18.211 crea el SIS y regula sus objetivos, niveles de atención, financiamiento y gobernanza (Ley N. º 18.211, 2007a). Por su parte, la Ley N. º 18.335 establece los derechos y deberes de pacientes y usuarios, luego reglamentados por el Decreto N. º 274/010. Asimismo, los Decretos N. º 342/009 y N. º 359/007 fijaron plazos máximos para consultas y cirugías, reforzados por la Ordenanza N. º 537/2012. En salud mental, el Decreto N. º 305/011 amplias prestaciones y define tiempos de acceso, complementados por disposiciones posteriores del Ministerio de Salud Pública. Finalmente, el Decreto N. º 114/023 sistematiza la regulación sobre movilidad de usuarios y cambio de prestador, con el fin de mejorar la accesibilidad y la claridad normativa (Galante, 2023).

5. Marco teórico

5.1 Conceptos clave del problema

Este apartado organiza el marco teórico en tres niveles. Primero, define los conceptos que delimitan el problema: salud, salud pública, equidad, tiempos de espera y ausentismo. Segundo, incorpora nociones para comprender la experiencia del usuario y la producción de sentido en la interacción, en particular expectativas, semiótica y encuadre. Tercero, revisa enfoques y modelos de comunicación en salud que orientan el análisis y el diseño comunicacional.

El primer término que se busca definir es el concepto de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como:

> La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (OMS, 2005, párr.2-3)

Esta definición constituye el punto de partida del trabajo porque amplía la noción de salud más allá de la dimensión física e incorpora las dimensiones mental, emocional, social y laboral, así como el papel de los Estados, gobiernos y organizaciones en la construcción de condiciones de vida saludables (OMS, 2005). En este marco, la salud remite a la capacidad de adaptación al entorno, al equilibrio corporal y funcional, a vínculos sociales adecuados y a hábitos que sostienen el desempeño cotidiano.

5.1.1 Salud pública y derecho al acceso a la atención (AAAQ)

En el plano institucional, los conceptos de salud pública y derecho al acceso a la atención permiten encuadrar el acceso efectivo e interpretar cómo las demoras y barreras organizacionales inciden en la experiencia y el uso del servicio. La OMS (2018) define la salud pública como “un esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones públicas, para mejorar, promover, proteger y restablecer la salud” [traducción propia] (p. 12).

5.1.2 Equidad como criterio transversal

La equidad en salud funciona como criterio transversal de priorización y evaluación de políticas públicas. La OMS la define como “la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población” [traducción propia] (World Health Organization [WHO], s. f., párr. 1). En la práctica, esto exige identificar brechas por nivel socioeconómico, territorio, género, etnia, discapacidad o situación migratoria, especialmente cuando esas desigualdades dificultan el acceso a la salud y la asistencia a las consultas.

A partir de lo anterior, en el contexto de tiempos de espera prolongados, la equidad exige monitorear la distribución de las demoras, identificar dónde se concentran los turnos perdidos y precisar qué determinantes (como transporte, horarios o información) contribuyen a esas brechas:

> Los tiempos de espera desde la evaluación por el especialista hasta el tratamiento incluyen el

> tiempo transcurrido para los pacientes en la lista de espera de cirugía no urgente (electiva) desde la fecha en que fueron incorporados a la lista de espera… hasta la fecha en que el paciente fue admitido para el tratamiento. [Traducción propia] (OECD, 2024).

En este trabajo, los tiempos de espera son un eje e indicador central. Su mal desempeño se traduce en demoras excesivas, deterioro de la continuidad asistencial, mayores cancelaciones y más desigualdad en el acceso al sistema de salud pública.

A su vez, uno de los factores que incide sobre los tiempos de espera es el ausentismo. En un artículo publicado en *Revista Minerva* (2024), a partir de encuestas a 200 pacientes y entrevistas semiestructuradas, se concluye:

> Los resultados del análisis de regresión logística mostraron que los problemas de transporte y los largos tiempos de espera para obtener citas son los principales factores que influyen en la inasistencia. Variables como edad, sexo, olvido de la cita, motivos laborales, disgusto con la atención médica, mejora en el estado de salud y nivel de educación no resultaron ser predictores significativos. (Zambrano Jiménez et al., 2024, p. 52).

El ausentismo presenta, por tanto, un carácter multifactorial y mantiene una relación bidireccional con los tiempos de espera: el aumento de uno tiende a reforzar el aumento del otro. Transporte, situación familiar, distancias, memoria y otras condiciones de vida confirman la necesidad de un enfoque amplio.

5.1.3 Expectativas en la experiencia del servicio

Para analizar un servicio, incluida la salud, resulta pertinente considerar las expectativas que los usuarios llevan a la interacción. Las expectativas son preconceptos construidos respecto de un producto o servicio. “Las expectativas de los clientes están determinadas por diversos factores, como las interacciones previas, las comunicaciones de marketing, las recomendaciones boca a boca, las influencias culturales y las preferencias personales.” (Velázquez, s.f.).

En términos de gestión, esas expectativas exigen autenticidad en la comunicación, precisión sobre el servicio ofrecido, recorridos simples, apoyo durante la experiencia y cumplimiento consistente de lo prometido (Velázquez, s.f.). En salud, esa dimensión es especialmente relevante porque involucra incertidumbre, vulnerabilidad y asimetrías de información.

En particular, las expectativas sobre el tiempo de espera condicionan la lectura que el usuario hace del servicio: una demora puede interpretarse como desorganización, desinterés o falta de respeto, aun cuando existan razones operativas. Como esas interpretaciones se construyen a partir de signos (palabras, gestos, silencios, procedimientos y entornos), la semiótica permite analizar la producción de sentido en la interacción entre institución y usuario.

5.2 Semiótica: área fundamental para comprender la interacción humana

Desde un punto de vista semiológico, Roland Barthes resulta central. Sus conceptos de denotación y connotación permiten distinguir entre un contenido literal e inmediato y los

significados valorativos o ideológicos asociados culturalmente, que pueden generar interpretaciones erróneas o lecturas divergentes (Barthes, 1993).

En el mismo entorno, Barthes diferencia la semiología lingüística de la médica y presenta a la medicina como un sistema de signos que debe leerse e interpretarse dentro de un código clínico. Consultas, prescripciones y diagnósticos forman parte de ese proceso de significación del cuerpo, la enfermedad o su ausencia (Barthes, 1993). En diálogo con Michel Foucault y *El nacimiento de la clínica*, se distingue además entre síntoma y signo: el síntoma remite al hecho bruto de la dolencia, mientras que el signo supone su organización e interpretación por parte del profesional.

Barthes también desplaza el protagonismo del autor en *La muerte del autor* y plantea que los textos quedan abiertos a nuevas interpretaciones en la lectura (1968). Así, el sentido no queda fijado de una vez, sino que se configura según historia de vida, contexto socioeconómico, nivel cultural y conocimiento del tema.

Si el sentido se define en la interpretación, resulta necesario considerar los marcos que la orientan. *La Teoría del Encuadre*, introducida por Erving Goffman y Gregory Bateson, sostiene que las personas interpretan un mismo hecho a partir de esquemas cognitivos y sociales que les permiten reconocer qué está ocurriendo: “la palabra que usa para referirse a los principios de organización que gobiernan los acontecimientos sociales y nuestra participación subjetiva en ellos” (Goffman, 2006, p. 11). Esos esquemas pueden surgir de capacidades propias o de aprendizajes sociales.

En ese proceso, también opera el manejo de impresiones. Según Goffman, las personas despliegan actuaciones y roles para producir determinadas imágenes ante los demás; el sí mismo ante una audiencia es resultado de ese trabajo de presentación social (Chihu, 2012). Esta perspectiva resulta pertinente para pensar la interacción entre institución, personal de salud y usuarios, donde cada parte interpreta señales y adopta posiciones en función del contexto

Umberto Eco aporta otra dimensión relevante al desarrollar la noción de hábitos culturales como conjunto de prácticas, percepciones y expectativas que estructuran la forma de pensar, juzgar y actuar en una comunidad (Eco, 2009). Esos hábitos se consolidan cuando una práctica útil, eficaz o prestigiosa se repite, se transmite por distintos canales y termina naturalizando. En este sentido, una conducta aceptada tiende a reproducirse hasta convertirse en parte del orden cultural.

5.3 Comunicación en la salud: términos fundamentales

La comunicación en la salud es un pilar del funcionamiento de los sistemas sanitarios y en la construcción de relaciones entre instituciones médicas y usuarios. En un ensayo desarrollado en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud (Universidad de Málaga), Catalán-Matamoros et al. (2010) resumen la importancia de una comunicación efectiva en la salud para fortalecer el primer nivel de atención:

> El trato, la relación con el paciente y la comunicación que se mantiene con él, adquieren una gran importancia durante la intervención sanitaria que está recibiendo. La comunicación para la salud es un arma esencial en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, funciones principales de la APS. (Catalán Matamoros et al., 2010, p. 60).

A su vez, la *Office of Disease Prevention and Health Promotion* (OASH), que tiene como uno de sus objetivos para el 2030 la mejora de la comunicación en la salud apunta a que las instituciones busquen simplificar la comunicación y volverla más cercana, de modo que los usuarios, independientemente de su nivel socioeconómico y de enseñanza, puedan mejorar su interacción con los servicios de salud y sus cuidados personales (OASH, s.f.).

5.3.1 Comunicación efectiva

La comunicación efectiva en salud puede definirse como un proceso de intercambio de información que garantiza comprensión entre las partes, con claridad y precisión en el mensaje (Atlantis University, s.f.). Su finalidad es minimizar malentendidos e incertidumbre.

Para ello, la literatura destaca algunos componentes básicos: claridad y concisión, escucha activa, empatía, adecuación del mensaje al contexto sociocultural y retroalimentación para verificar comprensión (Atlantis University, s.f.). En salud, estos elementos no solo mejoran el intercambio inmediato, sino también la confianza, la continuidad del vínculo y la capacidad de orientar conductas.

Además, los medios de comunicación no actúan únicamente como informantes, sino también como difusores de contenidos de prevención. Hernández (2011) subraya que muchas teorías de la comunicación han privilegiado al individuo aislado y han tendido a dejar en segundo plano la influencia del entorno cercano, la comunidad y otros factores sociales. Por ello, las distintas teorías de la comunicación en salud deben leerse de manera complementaria. En términos generales, pueden agruparse en tres categorías: teorías centradas en la comunicación intrapersonal, interpersonal y masiva, incluyendo hoy las redes sociales.

5.3.2 Alfabetización en salud

La alfabetización en salud (o *health literacy*), concepto introducido por la Health Literacy International como estrategia de educación y comunicación en la salud, es un término compuesto para describir una variedad de resultados de las actividades de educación y comunicación para la salud. Desde esta perspectiva, la educación para la salud está dirigida a mejorar la alfabetización en salud (Nutbeam, 2000). Según el artículo, una buena formación en salud favorece el cumplimiento de regímenes terapéuticos. Por el contrario, la escasez de conocimiento puede dificultar la comprensión, y, por lo tanto, el cumplimiento de un tratamiento.

Dentro de este concepto, se distinguen tres niveles: (1) Alfabetización en Salud Funcional, resultado de educación tradicional a través de medios masivos y sistemas de salud; no invita al intercambio y no desarrolla autonomía; (2) Alfabetización Interactiva en Salud, es

decir, suma métodos de aprendizaje en entornos de apoyo y retroalimentación y (3) Alfabetización Crítica en Salud, la cual añade políticas orientadas a población, incorporando determinantes sociales, económicos y socioambientales. (Nutbeam, 2000).

Según Nutbeam (2000), el uso de la educación debe adaptarse a las circunstancias socioeconómicas y culturales de la población. En relación con las inasistencias, el llamamiento a los pacientes a atenderse previamente en los primeros niveles de atención y realizar un uso responsable de la salud puede ser una forma de aplicar este enfoque.

5.3.3 Comunicación terapéutica

La comunicación terapéutica es una dimensión específica de la comunicación en salud orientada a la relación entre profesionales y pacientes. Se la define como “un conjunto de interacciones estructuradas entre un profesional de la salud y un paciente, orientadas a promover el bienestar emocional y psíquico del paciente” (Nubidoc, 2025, párr. 3). Su objetivo es construir una relación basada en confianza, empatía y credibilidad mutua, que habilite la expresión de dudas, preocupaciones y emociones. En esa línea, “Una comunicación efectiva entre el profesional y el paciente permite establecer un vínculo de confianza, facilita el diagnóstico clínico, promueve la adherencia al tratamiento y mejora la experiencia del paciente en su proceso de salud y enfermedad” (Clínica Universidad de Navarra, s.f., párr. 2). Este enfoque se diferencia de una comunicación generalista por su dimensión ética (confidencialidad, respeto y autonomía del paciente) y por la asimetría propia del vínculo asistencial. Aunque la predisposición del paciente influye, la literatura enfatiza la capacitación profesional en lenguaje claro, empatía, trato humano y escucha activa.

Entre los pasos sugeridos se incluyen la preparación de la consulta, el establecimiento de la relación, la exploración mediante preguntas abiertas, la intervención del profesional y el cierre con apertura a futuras interacciones (Nubidoc, 2025). Las modalidades pueden ser verbales, escritas y no verbales, y también incorporar dinámicas grupales cuando el contexto lo permite. En todos los casos, el lenguaje claro y sencillo resulta especialmente importante al interactuar con poblaciones con mayores vulnerabilidades sociales o educativas.

5.4 Marco conceptual y definiciones clave: modelos teóricos de la comunicación en la salud

Al analizar modelos de comunicación en salud y prevención de enfermedades, es importante considerar que no existe un consenso absoluto ni una teoría única predominante. Las diferencias entre las teorías se organizan en dos enfoques: uno centrado en el individuo como actor del cambio, y otro orientado al cambio cultural (Gomezcoello et al., 2020). De igual manera, se aclara que la aplicación práctica de cada teoría debe ser supeditada al contexto socioeconómico y cultural de la población en la que se implemente.

5.4.1 Modelo de Roman Jakobson

En la etapa de génesis de nuevos hábitos descrita por Eco, adquieren particular relevancia dos conceptos de Roman Jakobson: la función conativa y la función fática. Ambas

forman parte de las funciones del lenguaje propuestas por el autor en *Ensayo de Lingüística General* (1975), modelo que, aunque simple, sentó bases para desarrollos posteriores.

Jakobson identifica seis funciones. La emotiva se centra en el emisor y en la transmisión de emociones y estados de ánimo. La referencial se orienta al contexto y al contenido del mensaje. La metalingüística alude a la capacidad de usar el lenguaje para hablar del propio lenguaje. La poética se concentra en el mensaje mismo y en sus efectos expresivos. La conativa se dirige al destinatario y busca promover una acción mediante órdenes, preguntas, ruegos o sugerencias. La fática, por su parte, remite al canal y a los recursos que sostienen la interacción, desde la voz hasta el medio de transmisión (Jakobson, 1975).

Para este trabajo, las funciones más relevantes son la conativa y la fática. La primera resulta central en campañas de concientización, prescripciones médicas y explicaciones orientadas a modificar conductas. La segunda permite pensar la importancia del canal en la interacción con el usuario, por ejemplo, cuando la comunicación depende de un teléfono celular, un mensaje de recordatorio o un soporte físico.

5.4.2 Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado por psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en la década de 1950: Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock. Su objetivo es explicar por qué las personas realizan o no acciones preventivas de salud. Para ello, considera la percepción de susceptibilidad y severidad frente a la enfermedad, la percepción de beneficios potenciales de actuar a tiempo y la existencia de señales o estímulos que favorecen conductas preventivas (Gomezcoello et al., 2020).

La susceptibilidad percibida refiere a la posibilidad que la persona atribuye a la aparición de un problema de salud. La severidad percibida alude a la gravedad que imagina si la enfermedad no se trata, tanto en términos clínicos como sociales. Los beneficios percibidos remiten a las ventajas que se esperan de la acción preventiva o del tratamiento. Las barreras percibidas, por su parte, abarcan obstáculos como costos, molestias o dificultades prácticas (Gomezcoello et al., 2020).

Este modelo resulta útil para pensar la inasistencia porque permite observar cómo el usuario pondera riesgo, utilidad y obstáculos antes de asistir, cancelar, reagendar o postergar una consulta.

5.4.3 Modelo de Etapas de Cambio

Este modelo propone los cambios de conducta hacia un mayor cuidado de la salud como un proceso en el cual la persona atraviesa diferentes momentos a nivel interno. Se las denomina pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. En la primera etapa, la persona no reconoce el problema y no admite cambios. El uso de información en medios masivos puede colaborar para que esta etapa sea superada. Superada la negación absoluta, en la etapa de contemplación, el problema es reconocido, aunque sin

cambios aparentes. Aun así, se evalúan las consecuencias, los pros y los contras de los tratamientos ofrecidos, para tomar una decisión al respecto. Cuando se toma la decisión y se planifica el cambio, las intenciones de cambiar aumentan y se comienza a diseñar la estrategia. Llevada la decisión a la acción, se implementa el plan, se llevan a la práctica los cambios conductuales, los nuevos hábitos y la búsqueda activa de apoyo. Como fase final, se consolida el cambio y la prevención de recaídas a mediano y largo plazo, en lo que se denomina 'Etapa de Mantenimiento' (Gomezcoello et al., 2020).

El modelo se centra en el cambio en el plano individual de las personas, prestando especial atención a sus percepciones individuales y resaltando las como la principal razón para explicar un cambio de conducta. Según Triglia (2015), Bandura advierte que, al absorber la información y aprender cosas nuevas, las personas se vincula inevitablemente con un entorno que puede condicionarse tanto positiva como negativamente. (Triglia, 2015).

5.4.4 Modelo de la Teoría del Aprendizaje Social

Este modelo, propuesto por Albert Bandura, concibe la comunicación hacia los pacientes como parte de una serie de interacciones sociales: "(...) se centra en el papel que juegan los procesos cognitivos, autorreguladores y autorreflexivos como determinantes en el funcionamiento psicosocial, resaltando que el pensamiento humano constituye una herramienta esencial para comprender el entorno. (Bandura, 1987, como se citó en Gomezcoello, 2020, p. 10)

En la práctica, esta teoría propone que las personas no aprenden únicamente a través de la experiencia directa de un hecho o de la adquisición directa de un conocimiento (a través de la lectura, por ejemplo), sino que también mediante la observación (directa o indirecta) de la experiencia ajena y la imitación. Por otra parte, el modelo no tiene en cuenta factores que podrían resultar valiosos, como las experiencias pasadas de una persona o su personalidad.

6. Marco metodológico

Para llevar a cabo la investigación sobre este tema, se opta por un enfoque mixto, que combina técnicas cualitativas y cuantitativas. En el plano cuantitativo, las técnicas planteadas para este proyecto son dos: (1) Análisis descriptivo de bases de datos públicos y (2) Encuesta a vecinos de la Policlínica de Los Ángeles y Casavalle. La técnica cualitativa que se utiliza es la entrevista en profundidad a usuarios y vecinos de la Policlínica de Los Ángeles y Casavalle, así como a actores clave de ASSE y policlínicas de la intendencia (administrativos, gerentes, director de unidades ejecutoras).

Además de estas técnicas primarias, se busca acceder a *papers* académicos, fichas técnicas, informes periodísticos y demás fuentes indirectas que puedan aportar valor al trabajo. Para ello, se prevé el uso de técnicas como un análisis PESTEL, FODA y User Persona, entre otras.

A lo largo del trabajo, se utiliza Inteligencia Artificial Generativa (IAG), más específicamente ChatGPT, Notebook LM y Elicit, para la búsqueda de fuentes, no tomando las respuestas como fuentes en sí mismas sino como puente para alcanzar información más específica (la cual luego es procesada por los estudiantes). También se utiliza ChatGPT como asistente en el procesamiento y visualización de datos (tanto para el análisis de las bases de datos como para el análisis de la encuesta) y en el diseño de la encuesta y las pautas de entrevista (donde se parte de consignas planteadas por el equipo y se utiliza la herramienta como asistente). Nuevamente se utiliza ChatGPT como herramienta para la generación de productos gráficos que sirven como bocetos de las acciones sugeridas en el plan de comunicación. En todos los casos, los ajustes finales y el contenido definitivo son aprobados por los estudiantes.

6.1 Diseño general

A partir de este enfoque mixto, la investigación se desarrolla en las siguientes fases: (a) fuentes primarias de tipo cualitativas, (b) fuentes primarias de tipo cuantitativas, (c) investigación y análisis de fuentes secundarias. El objeto de este procedimiento es abordar el problema de forma holística, aportando datos de desarrollo propio (con su respectivo análisis) y datos elaborados por terceros (analizados a partir del filtro establecido).

El público objetivo en el que se enfocan tanto las entrevistas como las encuestas es resultado del análisis de las bases de datos proveídas por el Portal de Datos Abiertos de la Intendencia de Montevideo (IMM), a través de la División Salud. Posteriormente, se pone en ejecución la encuesta destinada a vecinos del municipio donde se encuentran las policlínicas Los Ángeles y Casavalle (Municipio A, D y F). En paralelo, se realizan entrevistas a usuarios de la zona, asistentes sociales, jerarcas de la salud en Montevideo y profesionales del Mides. Finalmente, se integran los insumos aportados por las bases de datos, los informes consultados, la encuesta, las entrevistas y comunicaciones personales, en conjunto con el marcoteórico desarrollado; para explicar los porqués de esta problemática, sentando las

bases para el desarrollo del plan de comunicación.

6.2 Fuentes de información

Las fuentes utilizadas se organizaron en tres grupos. El primer grupo corresponde a los hallazgos extraídos de las entrevistas en profundidad y encuestas propias, únicas fuentes construidas en su totalidad por el equipo de trabajo (tanto a nivel cualitativo como cuantitativo). El segundo agrupa bases de datos públicas y registros institucionales del Portal de Datos Abiertos de la Intendencia de Montevideo y fuentes vinculadas al sistema de salud. El último grupo junta *papers* académicos, fichas técnicas, informes periodísticos, entre otras fuentes calificadas; para contextualizar los hallazgos obtenidos (por ejemplo, datos de información física y sociodemográfica, de inseguridad, transporte público). Se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa, como ChatGPT, NotebookLM y Elicit, como apoyo para complementar la búsqueda de información, sin considerar sus respuestas como fuentes en sí mismas

7. Análisis de la investigación secundaria

La investigación secundaria se utiliza para ajustar la delimitación temática y definir el recorte empírico del estudio. Tras un anteproyecto en el que se proyecta una idea de la temática que pretende abordar, comenzado el proyecto final, se toma la decisión de ajustar la temática como parte natural del proceso. Para ello, se toma como insumo una serie de bases de datos que, en diferente medida unas de otras, son elegidas con el objetivo de definir (en base a la información aportada por fuentes oficiales) qué público (en términos de sexo, rango etario, especialidades y policlínica) falta con mayor frecuencia a las consultas en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo, sin cancelación ni reprogramación previa.

El centro son las policlínicas de la Intendencia de Montevideo, que cuentan con bases de datos disponibles dentro del portal de datos abiertos de la IMM, policlínicas donde usuarios de ASSE se atienden. Dado que los datos obtenidos (policlínica, especialidad, sexo, edad) abarcan únicamente este tipo de centros de salud, el equipo decide enfocarse en dichas policlínicas para la investigación basada en bases de datos, dejando por fuera hospitales y policlínicas públicas (tanto de ASSE como de la Facultad de Medicina de la Udelar), hospital policial y hospital militar.

El procesamiento de datos se realizó considerando cuatro puntos principales: (1) normalización[3] y limpieza de datos, con el fin de contar con una base normalizada que facilite el análisis posterior y reduzca duplicados, errores u otros problemas; (2) análisis general de la base, para obtener una visión panorámica e identificar vías de profundización; (3) análisis específico de variables priorizadas, con una revisión más detallada; y (4) análisis de correlaciones entre variables seleccionadas, con el fin de visualizar y evaluar posibles relaciones.

7.1 Descripción de las bases de datos utilizadas

La base principal utilizada en esta etapa fue Atenciones en Policlínica 2025, obtenida del Portal de Datos Abiertos de la Intendencia de Montevideo (Intendencia de Montevideo, 2025). A partir de ese archivo original se elaboró una versión normalizada para corregir inconsistencias de escritura, unificar categorías y facilitar la lectura analítica de las variables. Posteriormente, se generó una base agregada para realizar cruces descriptivos y comparativos. Estas transformaciones no modifican el origen de los datos, sino que permite depurarlos y volverlos comparables. El detalle técnico del procesamiento y de los códigos utilizados se presenta en el anexo 13.7.

7.2 Procesamiento de datos

El procesamiento de datos se realiza en Google Colab el cual trabaja con el lenguaje Python 3 y el entorno de ejecución es en GPU T4. Las bases de datos están cargadas en Drive,

[3] Normalización: Proceso de ordenar y estandarizar datos para que representen lo mismo de una sola manera y no se dupliquen innecesariamente. Puede incluir separar información en campos coherentes, unificar formatos (fechas, textos) y reducir repeticiones que generan errores en el análisis.

desde el entorno de Google Colab se llaman[4] utilizando los siguientes códigos. Se implementa una rutina de depuración y recodificación para estandarizar la variable rango de edad en todas las hojas del archivo de trabajo. El procedimiento incluye la normalización textual, la detección flexible de encabezados y la recodificación de los rangos etarios, con el propósito de garantizar la consistencia analítica en los cruces posteriores.

```
def _strip_accents(s):
    s = "" if s is None else str(s)
    nfkd = unicodedata.normalize("NFD", s)
    return "".join(ch for ch in nfkd if unicodedata.category(ch) != "Mn")

def _norm(s):
    return _strip_accents(str(s)).strip().lower()

def _pick_original_col(original_cols, candidatos):
    cand_norm = [_norm(c) for c in candidatos]
    for orig in original_cols:
        if _norm(orig) in cand_norm:
            return orig
    return None

def recodificar_rango(x: str) -> str:
    x0 = _norm(x)
    if x0 in {"", "sin rango", "no informado", "ninguno", "nan"}:
        return "Sin rango"
    nums = re.findall(r"\d+", x0)
    is_plus = bool(re.search(r"\+|mas|más|>=|mayor", x0))
    if not nums:
        return x.strip() if str(x).strip() else "Sin rango"
    start = int(nums[0])
    end = int(nums[1]) if len(nums) > 1 else (start if not is_plus else 999)

    i  2  <  star  <  2  an  en  <  29  retur  "2  a  29"
    f  0  =    t    =  9  d   d   =   :     n     0
    i  3  <  star  <  4  an  en  <  49  retur  "3  a  49"
    f  0  =    t    =  9  d   d   =   :     n     0
    i  5  <  star  <  6  an  en  <  64  retur  "5  a  64"
    f  0  =    t    =  4  d   d   =   :     n     0
    i  sta   >=   o   end    65 or (is_plus and start >= 65): return
    f  rt    65   r   >=     "65+"
    return str(x).strip()

                                    "openpyxl"
```

[4] Llamar a una base de datos: (1) consultar la base, es decir, pedirle que devuelva ciertos datos según un criterio; (2) extraer/cargar datos desde la base a una herramienta (Excel/Python) para analizarlos.

```
for sheet in xl.sheet_names:
    df_sheet = pd.read_excel(xl, sheet_name=sheet)
    original_cols = list(df_sheet.columns)

    col_rango = _pick_original_col(
        original_cols,
        ["Rango de edad","Rango_edad","Grupo etario","Grupo de
edad","Edad_rango","Rango"]
    )

    if col_rango is not None:
        serie = df_sheet[col_rango].astype(str).str.strip()
        df_sheet["Rango de edad (recod)"] = serie.map(recodificar_rango)

    out_sheets[sheet] = df_sheet
```

Figura 1. Estandarización de la variable 'Rango de edad'

Nota: Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

Los bloques de códigos ayudan a generar una conexión entre el Google Drive, Colab y plantear una ruta para las bases de datos utilizadas. El primer bloque consiste *from google.colab import drive* importa el "módulo" de Colab que permite conectarte con Google Drive. Por otro lado, *drive.mount ('/content/drive')* consiste en conectar el Google Drive en el entorno de Google Colab, generando la posibilidad de leer, editar y guardar documentos dentro del Drive.

El segundo bloque, permite generar una vía/ruta para el Excel a trabajar. *RUTA_EXCEL = globals (). get ()* es el código que ayuda a traer el archivo que se pretende. Asimismo, HOJA = *globals* (). *get* ('HOJA', *None*) ayuda a detectar automáticamente la hoja. Posteriormente, se realiza una normalización del contenido.

Estos dos bloques de códigos posibilitan cargar las bases de datos en formato Excel para empezar a trabajar con las fuentes. A continuación, se describe el procesamiento de las dos bases de datos principales empleadas: (1) *Atención en Policlínica 2025* y (2) la encuesta sobre contexto social.

7.2.1 Atención en Policlínica 2025

En la etapa de preparación de datos, el equipo realiza una normalización con el objetivo de eliminar datos duplicados, estandarizar palabras con símbolos anormales (%, $, %, #, @) y errores de redacción, seguidos de un mapeo de valores[5]. Algunos de estos códigos se pueden ver en anexo 13.9.1.

Ya realizada la normalización, se inicia con un análisis general con el fin interiorizarse más con el contenido de la base de datos, se comienza con un proceso de agregación[6], analizando las especialidades por género; rango de edad por género; policlínicas por género;

[5] Mapeo de valores: Regla de correspondencia que transforma valores originales en valores estandarizados o agrupados, para que sean comparables. Es una "traducción" controlada: define que ciertas variantes signifiquen lo mismo, o que varias categorías se agrupen en una más amplia.

[6] Agregación: Agregación: Resumir datos detallados en un nivel más general, combinándolos para obtener totales, promedios o conteos. Sirve para ver patrones sin mirar caso por caso. Al agregar, se gana síntesis, pero se pierde detalle, por eso hay que elegir bien el nivel.

especialidades por policlínicas y temporalidad por rango de edad. Asimismo, se utilizan códigos específicos para realizar gráficos los cuales ayudan a presentar los datos. Algunos de los gráficos utilizados son de barras horizontales, barra vertical, línea temporal, entre otros.

Ahora, comienzan los análisis específicos, en el cual se hace foco en el problema a estudiar, las inasistencias. Primero, se visualiza las inasistencias en comparación al total de consultas finalizadas, entendiendo total de finalizadas en el *dataset* como siendo atendido; atendido por residente y consulta finalizada. Por otro lado, inasistencia en el *dataset* aparece de la misma forma, inasistencia.

Posteriormente, se procede a analizar la fuente de datos con un foco central en las inasistencias, pero observándose por especialidad por género; policlínicas por género; rango de edad por género; rango de edad por temporalidad. Se decide llevar a cabo este proceso con el fin de identificar patrones que permitan iniciar la delimitación del público objetivo.

Posteriormente, el análisis se concentra en las inasistencias, observadas por especialidad, policlínica, rango de edad, género y temporalidad, con el fin de identificar patrones que orientan la delimitación del público objetivo. Para priorizar los grupos con mayor incidencia se aplica un análisis de Pareto, técnica que ordena las categorías de mayor a menor aporte y muestra su acumulación, lo que permite identificar cuáles concentran la mayor parte del resultado. En este caso, el procedimiento muestra que seis rangos de edad reúnen el 80% de las inasistencias (véase anexo 13.4.1.2). Asimismo, ver gráfico complementario para comprender la elección de los rangos (anexo 13.16). A partir de este recorte, se avanza hacia el análisis de correlaciones entre variables seleccionadas, con el fin de comprender mejor el fenómeno de la inasistencia.

Por último, se desarrolla la etapa de análisis de correlaciones, orientada a identificar relaciones entre variables mediante distintas combinaciones de datos, con el fin de comprender mejor el fenómeno de la inasistencia.

Se trabaja con las cuatro especialidades de mayor inasistencia, haciendo un recorte estratégico: en vez de analizar todo a la vez, se prioriza los “núcleos” que más aportan al fenómeno. Las razones de este procedimiento son, primero, confirmar si el patrón se mantiene al mirar solo lo más relevante). Segundo, evitar ruido de especialidades con pocos casos que pueden distorsionar interpretaciones. Por ende, el análisis consta de: (a) las cuatro especialidades con mayor inasistencia, desagregadas por género; (b) el ranking de inasistencias por policlínica en relación con las especialidades con mayor inasistencia; (c) las cinco policlínicas con mayores niveles de inasistencia por especialidad, excluyendo las cuatro especialidades principales; (d) la distribución de inasistencias por policlínica para cada una de las especialidades seleccionadas; y (e) el rango de edad del que proviene el mayor porcentaje de inasistencias dentro de las cuatro especialidades con mayor incidencia.

El cruce policlínico por especialidad aporta la dimensión territorial y operativa. Este procedimiento le posibilita al equipo no sólo entender “qué especialidad” tiene el problema

sino “en qué lugar” está el problema de las inasistencias. En estos casos, el ranking permite comparar policlínicas entre sí y ver si el problema está “generalizado” o si hay puntos donde se vuelve especialmente crítico. Además, mirar cómo cambia el ranking según la especialidad ayuda a detectar si una policlínica aparece alta por una sola especialidad o por varias (señal de un problema más estructural). El análisis por rango de edad dentro de las especialidades seleccionadas agrega una lectura de perfiles de las personas, logrando identificar qué tramos etarios explican más porcentaje del total y, por lo tanto, dónde conviene focalizar acciones. Asimismo, se comparan consultas finalizadas e inasistencias en términos absolutos y relativos, desagregando por género, para observar la proporción de inasistencia de hombres y mujeres tanto respecto de su propio total como respecto del total general.

7.3 Resultados

Las gráficas se presentarán en tres formatos: escala de grises para valores únicos (consultas finalizadas, inasistencias y cancelaciones); rojo y azul para comparaciones por rangos etarios o género; y gris y naranja para contrastar consultas finalizadas e inasistencias. En el registro por estado de la atención, la mayor proporción de casos corresponde a consulta finalizada (153.718). En segundo lugar, se ubican la inasistencia (44.308) y la cancelación por el prestador (30.997). En menor medida se registran pendientes de atención (9.767), siendo atendido (1.469) y atendido por residente (7). Esta distribución permite contextualizar que, si bien el flujo predominante culmina en atenciones efectivamente realizadas, existe un volumen relevante de acciones que no se concretan, principalmente por
inasistencias y cancelaciones.

Para el análisis (bajada por especialidades y cruces), se trabaja con recortes específicos del total. En el resumen general previo a la desagregación por especialidades se observan 115.267 consultas finalizadas (excluyendo inasistencias, cancelaciones y pendientes) y 26.129 inasistencias. Asimismo, en el recorte utilizado para estimar el indicador comparativo se registran 18.354 inasistencias sobre 73.690 consultas finalizadas, lo que equivale a una tasa de inasistencia de 24,91% respecto de las finalizadas. Desde una lectura analítica, esta magnitud justifica profundizar en los segmentos poblacionales, servicios y territorios donde el fenómeno se concentra.

Al desagregar la inasistencia por género, existe un predominio de mujeres: 11.839 inasistencias en mujeres frente a 6.515 en varones (total 18.354). Esto equivale a 63,21% en mujeres y 36,79% en varones. No obstante, esta diferencia requiere cautela interpretativa. Al ajustar por el tamaño de cada grupo y calcular la tasa de inasistencia dentro de cada sexo (inasistencias/total del mismo sexo), los porcentajes resultan muy similares: 25,42% en mujeres (11.839/46.578) y 24,03% en varones (6.515/27.112). En otras palabras, la mayor concentración femenina en términos absolutos puede asociarse, en parte, a su mayor presencia en la muestra, más que a una diferencia marcada en la propensión a la inasistencia.



Figura 2. Tasa de inasistencia por sexo

Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

Al ordenar las inasistencias por rango etario, se observa que los mayores volúmenes se concentran en la población adulta joven. En el tramo de 20 a 34 años se registran 3.278 inasistencias en mujeres y 722 en varones (total 4.000), con un predominio femenino marcado. En el tramo de 35 a 49 años el volumen desciende, aunque se mantiene el mismo patrón: 1.944 inasistencias en mujeres y 641 en varones (total 2.585).

En los rangos infantiles, en cambio, la distribución por sexo se invierte levemente. En 1 a 4 años se registran 1.172 inasistencias en mujeres y 1.287 en varones (total 2.459), y en 5 a 9 años, 908 en mujeres y 1.047 en varones (total 1.955). En conjunto, estos resultados muestran una concentración de la inasistencia en los tramos de 20 a 34 y 35 a 49 años, y un patrón diferenciado por sexo en la niñez, donde los varones presentan valores ligeramente superiores.

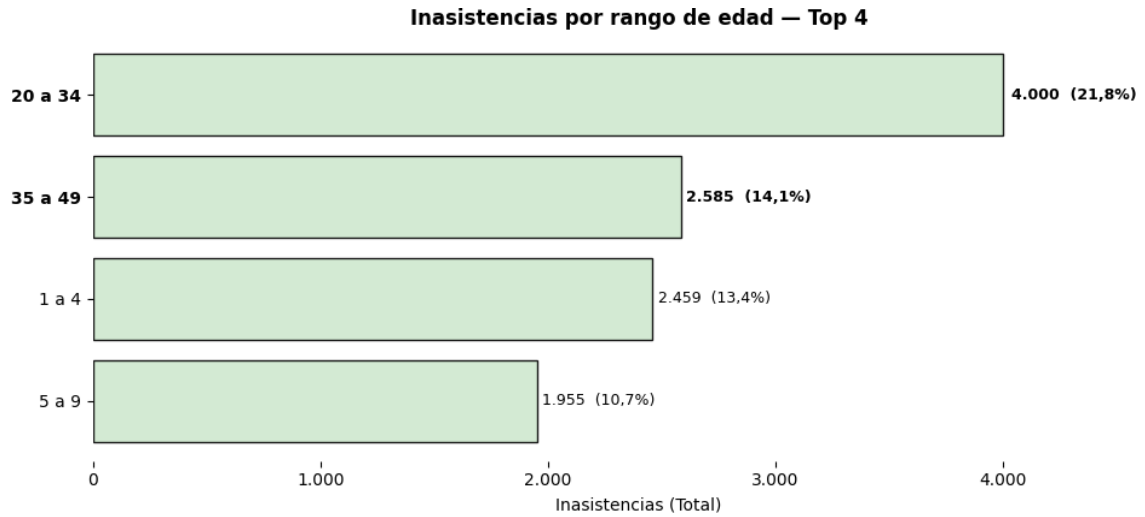


Figura 3. Inasistencias por rango de edad — Top 4
Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

No obstante, considerando que los tramos de 20 a 34 y 35 a 49 años concentran los mayores niveles de inasistencia y constituyen grupos comparables para el análisis planteado, se definió focalizar el recorte en estos rangos. En consecuencia, se excluyó del análisis principal a la población de 1 a 9 años, dado que responde a dinámicas de atención y asistencia sustantivamente diferentes.

En las especialidades analizadas se observan diferencias relevantes tanto en el volumen de actividad como en la magnitud de la inasistencia. Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) concentra la mayor cantidad de consultas finalizadas y, en paralelo, el mayor número de inasistencias, con 37.921 consultas finalizadas y 7.660 inasistencias, lo que la ubica como un componente central del fenómeno. En Pediatría (PED) se registran 16.560 finalizadas y 3.945 inasistencias, manteniendo un volumen elevado, aunque con una carga absoluta de ausencias menor que en Medicina Familiar y Comunitaria. Por su parte, Medicina General (MG) alcanza 8.320 finalizadas y 2.328 inasistencias.

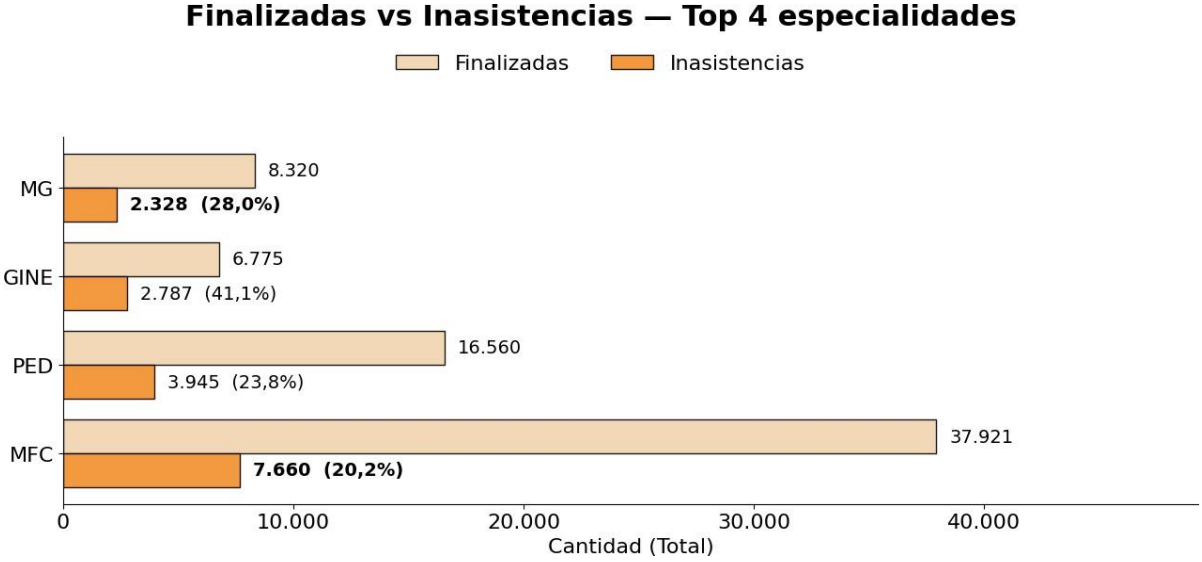


Figura 4. Finalizadas vs Inasistencias — Top 4 especialidades
Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

La combinación entre especialidad y rango etario también evidencia el problema: MFC

concentra más inasistencias en valores absolutos (1.699 y 1.190), mientras Medicina General presenta mayor peso relativo (31,3% y 25,6%) en ambos grupos etarios. (Ver anexo 13.4.1.1)

No se utiliza el género como criterio definitorio para orientar el análisis y, en consecuencia, excluyendo Ginecología (GINE) del recorte. Se evita su incorporación por tratarse de una especialidad dirigida exclusivamente a mujeres, lo que puede desplazar el foco interpretativo y afectar la comparabilidad entre especialidades y grupos poblacionales.

Se excluye asimismo Pediatría por no alinearse con el recorte etario definido (20–34 y 35–49 años). Se consideran las inasistencias del tramo de 1 a 9 años como un fenómeno de naturaleza distinta, en tanto la concurrencia depende en gran medida de decisiones y dinámicas de cuidado de personas adultas responsables. Por lo tanto, se evita incluir Pediatría para no incorporar un grupo de análisis y una lógica explicativa adicional que excedan el foco delimitado para este trabajo.

El gráfico presenta las cinco policlínicas con mayor número de inasistencias y, para cada una, comparar el volumen de consultas finalizadas con el de inasistencias. Registrar en valores absolutos: Casavalle (CASA) 5.578 finalizadas y 1.643 inasistencias; Punta de Rieles (PDR) 3.956 y 1.493; Los Ángeles (PLA) 6.573 y 1.309; Yucatán (PY) 4.084 y 1.015; Paso de la Arena (PPDLA) 3.061 y 840.

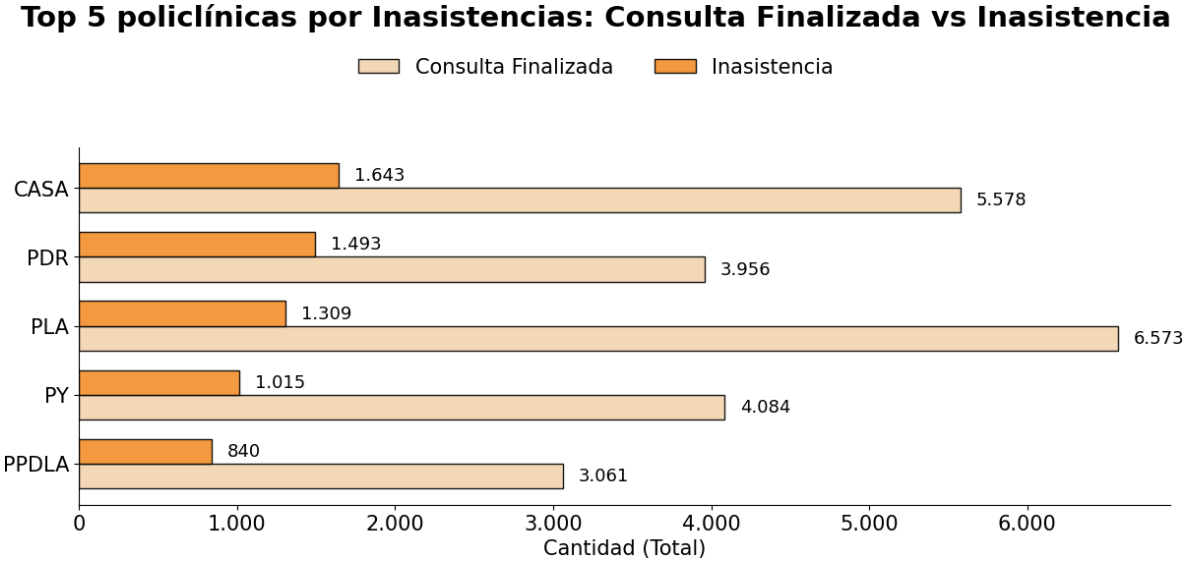


Figura 5. Top 5 policlínicas por inasistencias: consulta finalizada vs inasistencia
Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

Los Ángeles concentra el mayor volumen de consultas finalizadas sin presentar el máximo de inasistencias, e identifica a Casavalle como la unidad que combina alta actividad con la mayor inasistencia del conjunto. Se selecciona Casavalle (n = 1.643) y Los Ángeles (n= 1.309) por concentrar niveles elevados y comparables de inasistencia. Se considera, su proximidad y pertenencia al mismo municipio para habilitar un análisis territorial compartido. Incorporar el relevamiento del entorno inmediato en el cual no se identifica hospitales y policlínicas públicas o privadas cercanas (véase anexo 13.13) y, en función de ello, descartar profundizar en Punta de Rieles y Parque Bellán por localizarse en municipios distintos y contar

con oferta pública próxima.

En el cruce por género y rango etario, la tasa de inasistencia (inasistencias/acciones finalizadas) es más alta en 20 a 34 años y desciende en 35 a 49, en ambos sexos. En mujeres de 20 a 34 años se registran 9.164 acciones finalizadas y 3.278 inasistencias (35,77%); en varones de 20 a 34 años, 2.222 finalizadas y 722 inasistencias (32,49%). En el tramo 35 a 49 años la inasistencia disminuye: mujeres 7.100 finalizadas y 1.944 inasistencias (27,38%); varones 2.444 finalizadas y 641 inasistencias (26,23%). En conjunto, el patrón sugiere que el tramo 20–34 concentra mayor fricción para la asistencia, con un descenso consistente en 35–49.

Al incorporar la variable especialidad, se confirma un contraste entre Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. En Medicina Familiar y Comunitaria, el grupo 20–34 registra 5.938 acciones finalizadas y 1.699 inasistencias (28,61%), mientras que en 35–49 se observan 5.610 finalizadas y 1.190 inasistencias (21,21%). En Medicina General, las tasas son sustantivamente mayores: en 20–34, 1.544 finalizadas y 702 inasistencias (45,47%); y en 35–49, 1.693 finalizadas y 579 inasistencias (34,20%). Por lo tanto, además del efecto etario, aparece un efecto por tipo de consulta, con Medicina General concentrando niveles elevados, especialmente en el tramo más joven.

En el análisis territorial por rangos etarios, la Policlínica Casavalle presenta tasas de inasistencia elevadas en ambos tramos (inasistencias/acciones finalizadas): en 20–34 años, se registran 816 acciones finalizadas y 443 inasistencias (54,29%); y en 35–49 años, 609 finalizadas y 288 inasistencias (47,29%). En la Policlínica Los Ángeles, en cambio, las tasas son sensiblemente menores: en 20–34, 1.271 finalizadas y 302 inasistencias (23,76%); y en 35–49, 917 finalizadas y 198 inasistencias (21,59%).

Para complementar este corte, se incorporó el desglose por especialidad. En la Policlínica Casavalle, Medicina Familiar y Comunitaria registra 2.659 consultas finalizadas y 616 inasistencias (23,17%), mientras que Medicina General alcanza 345 finalizadas y 94 inasistencias (27,25%). En la Policlínica Los Ángeles, para Medicina Familiar y Comunitaria se observan 4.874 consultas finalizadas y 863 inasistencias (17,71%). En este caso, no se dispone de registros para Medicina General en el recorte analizado, debido a limitaciones de la base de datos. En conjunto, estos resultados permiten precisar la concentración de la inasistencia según territorio (policlínica) y tipo de consulta (especialidad).

Finalmente, en las especialidades seleccionadas, la distribución por sexo mantiene el patrón observado en el total: en Medicina Familiar y Comunitaria las inasistencias se distribuyen en 4.990 mujeres y 2.670 varones (total 7.660), y en Medicina General en 1.474 mujeres y 854 varones (total 2.328). Esta evidencia debe leerse en clave descriptiva: orienta la focalización analítica y una eventual segmentación, sin habilitar inferencias causales a partir de estos resultados.

7.4 Contexto físico y sociodemográfico

El análisis de la base de datos indica que las mayores inasistencias se concentran en policlínicas ubicadas en la periferia de Montevideo, especialmente en los municipios A, D y F. Esto vuelve necesario el contexto físico y sociodemográfico de esos territorios. En ese sentido, el informe *Información Física y Sociodemográfica por Municipio*, publicado por la Intendencia de Montevideo en julio de 2024 y elaborado a partir de la fase 1 del censo 2004, el censo 2011 y la encuesta continua de hogares de 2022, muestra una brecha territorial marcada entre los municipios costeros (CH, E, B, C) y los periféricos (A, G, D y F).

Mientras los primeros presentan niveles de pobreza inferiores al promedio montevideano (12,8 %, considerando todos los rangos etarios), los segundos registran 8,8 % en G, 20,4% en F, 25,9 % en F y 27,9 % en A. A su vez, las zonas costeras concentran los mayores ingresos del hogar, mientras que las periféricas presentan las tasas más altas de desempleo (11,3 % en A, 11,2 % en F y 13,5 % en D) y los ingresos medios más bajos de la capital.

La desigualdad también se expresa en las condiciones habitacionales y de servicios. Mientras los municipios del sur y sureste superan el 90 % de viviendas adecuadas, los del oeste y norte alcanzan en el mejor de los casos, un 64 % (IMM, 2024). En A, D y F, además, el hacinamiento y saneamiento incompleto son habituales, mientras que en el resto de Montevideo resultan residuales. En el transporte, los municipios periféricos concentran nodos relevantes del Sistema de Transporte Metropolitano (Moovit, s.f.).

Las diferencias se reiteran en educación, colectividad e inseguridad. En la periferia predomina un clima educativo bajo y disminuye de forma drástica la población con mayor formación; en cambio, los barrios costeros concentran un clima educativo superior a la media capitalina (47,1 %) y una proporción de clima educativo bajo inferior al 10 %. Del mismo modo, el rezago escolar, entendido como “la no correspondencia entre los años de educación formal alcanzados (independiente del nivel) y los esperados de acuerdo con la edad entre las personas de 8 a 15 años” (IMM, 2024, p.12), es significativamente más alto en la periferia que en los barrios sureños, mientras que en los sectores más ricos el promedio de años de educación formal supera el de la capital (12,1 %). En cuanto a conectividad, la *Encuesta de Usos de Tecnologías de la Información y la Comunicación Edición 2024* señala que 94 % de los hogares tiene acceso a internet y casi el 100 % de la población dispone de teléfono; sin embargo, la conexión diaria desciende a 82 % en los sectores de menor nivel educativo y asciende a 97 % y 98 % en los sectores medio y alto. Por quintiles, el quintil 1 (predominante en la periferia) alcanza 94 % de acceso a internet en los hogares, frente a 98 % del quintil 5 (Instituto Nacional de Estadística [INE] & Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento [Agesic], 2025).

La inseguridad profundiza esa segregación entre el norte y noreste de Montevideo y el sur y sureste de la ciudad:

> De un lado, en el Montevideo sur, los homicidios son algo extraño, más allá de episodios

> violentos que suceden cada semana: la tasa es muy baja y en algunas zonas tiende a cero, similar a la de cualquier país europeo. Del lado norte, los muertos se acumulan: en algunas calles y esquinas la violencia campea y las balas perdidas, esas que pueden terminar con una vida de la forma más injusta, son una realidad casi diaria" (Cabrera & Bartaburu, s.f., párr. 2).

En la misma línea, el entonces fiscal y actual ministro del Interior, Carlos Negro, advierte que la brecha en homicidios entre la periferia y la zona sur implicaba un riesgo de gestión de Montevideo, dado que la violencia no se distribuía de manera equitativa (Cabrera & Bartaburu, s.f.). Ese informe alude, además, a un 'Cinturón de Homicidios' que "va desde Casabó y Cerro Norte, atraviesa La Teja y Casavalle y termina en el noreste, sobre Punta de Rieles y Villa García" (Cabrera & Bartaburu, s.f., párr. 6).

Trasladado al campo sanitario, este patrón territorial también se refleja en la atención en salud. La presencia estatal mediante el sistema público es sensiblemente mayor en la periferia (entre 33 % y 44 %, según el municipio), mientras que las mutualistas y los seguros privados se concentran en Ch y E. En particular, entre 36,1 % y 42,3 % de las mujeres de 15 y 49 años se atienden en el sistema público (IMM et al., 2024), por lo que muchas de ellas podrían ser usuarias frecuentes de las policlínicas de ASSE y de la IMM. No se dispone de esa misma distinción para la población masculina.

En suma, el núcleo alto de Montevideo (CH, E, B y C) presenta muy bajos niveles de pobreza e indigencia, mayores ingresos, mejor adecuación de vivienda, mejor clima educativo, menor desempleo y mayor inserción en la salud privada. El municipio G ocupa una posición intermedia, con indicadores mixtos. En cambio, A, D y F (donde se ubican las policlínicas analizadas) concentran los niveles más altos de pobreza, desempleo y violencia, el menor clima educativo, menor acceso a internet, peores condiciones habitacionales y sanitarias, y una mayor dependencia de la salud pública.

8. Desarrollo de fuentes primarias

8.1 Criterios de muestreo

La muestra de la investigación primaria surge del análisis previo de las bases de datos del Portal de Datos Abiertos de la División Salud de la Intendencia de Montevideo. Se trata de una muestra no probabilística, es decir, un subgrupo que no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación (Hernández et al., 2014); dirigida a hombres y mujeres de 20 a 49 años, de los municipios A, D y F, vinculados a las policlínicas de Montevideo. En la práctica, el equipo introduce ciertas flexibilizaciones según la herramienta utilizada. Para la encuesta, recurre a redes sociales y al boca a boca, sin exigir necesariamente que las personas encuestadas sean pacientes de policlínicas de la Intendencia de Montevideo. Para las entrevistas y comunicaciones personales, en cambio, procura contactar de forma directa a personas que integren el público objetivo o estén vinculados con él.

8.2 Instrumento de recolección

Las fuentes primarias elaboradas por el equipo incluyen, por un lado, entrevistas en profundidad a usuarios de policlínicas de la Intendencia de Montevideo que se ajusten a la muestra definida y actores vinculados con ella, como médicos, asistentes sociales, sociólogos y funcionarios de policlínicas o instituciones relacionados. Por otro lado, se aplica una encuesta a hombres y mujeres residentes en los municipios A, D y F de Montevideo, mayores de 20 años, con especial foco en los grupos de 20 a 34 y 35 a 49 años.

8.3 Procedimiento del análisis

Tanto en el análisis cualitativo como el cuantitativo siguen el mismo recorrido metodológico utilizado en la etapa inicial de análisis de bases de datos: de lo general a lo particular. Primero se realiza una revisión general de las respuestas de encuestados y entrevistados; luego se profundiza en los sentidos subyacentes.

En las entrevistas, esto implica transcribir el material para extraer citas textuales o parafraseadas. En la encuesta, se utiliza Google Colab para una revisión inicial de las respuestas y para profundizar posteriormente en su interpretación.

8.4 Herramientas de análisis y visualización

Dado que la encuesta tiene un predominio numérico y las entrevistas producen información enteramente cualitativa, ambas fuentes se analizan con enfoques diferenciados. Para la encuesta se emplean Microsoft Excel, como instancia de vista previa y organización de la base, y Google Colab con código de Python para el reconocimiento, análisis y visualización de hallazgos mediante gráficos.

Para las entrevistas se utiliza el Método Comparativo Constante, con apoyo de Documentos de Google, para segmentar, codificar e interpretar la información.

8.5 Limitaciones metodológicas

El muestreo aplicado en entrevistas, comunicaciones personales y encuesta es por conveniencia, lo que supone un sesgo asumido por derivar de la delimitación del proyecto y de los hallazgos sostenidos en las bases de datos.

Además, tanto la encuesta como las entrevistas se coordinan en gran medida mediante boca a boca y, en el caso de la encuesta, también mediante redes sociales (WhatsApp, Facebook, Instagram, Linkedin). Esta dependencia de terceros y de estos canales puede limitar la diversidad de voces relevadas e influir en los resultados.

En el diseño de la encuesta, aunque inicialmente se pone el foco en pacientes de las policlínicas con mayores niveles de inasistencia, luego se flexibilizan los requisitos para ampliar la participación, exigiendo como condiciones base la residencia en los municipios A, D y F y ser mayor de 20 años.

Por último, la investigación se desarrolla dentro de un marco temporal definido por el equipo (por ejemplo, 14 días para relevar respuestas de la encuesta), con el fin de ordenar la planificación y reservar tiempo para el proceso de diseño del plan de comunicación.

8.6 Análisis de la investigación cualitativa

8.6.1 Entrevistas

Para las entrevistas en profundidad, se opta por una planificación detallada, organizando cada entrevista en bloques temáticos con preguntas específicas. En la práctica, dada la variedad de perfiles de entrevistados, se propone un enfoque semi estructurado, utilizando dichos bloques como guía de puntos a tocar, pero dando libertad a los entrevistadores de no seguir un orden riguroso (siempre y cuando se obtenga la información requerida). Para cada perfil, se elabora una pauta diferente con preguntas sugeridas (disponibles en el anexo 13.1).

8.6.1.1 Metodología de análisis

Dentro de las perspectivas de análisis cualitativo, centradas en lo que el texto dice, se decide utilizar el Método Comparativo Constante. El método comparativo constante fue desarrollado por los reconocidos sociólogos Glaser y Strauss (1967) y profundizado por Strauss y Corbin (2002), a partir de lo que se conoce como la *Teoría Fundamentada*[7]. A esta teoría recurren los autores Cohen y Gómez Rojas (2019) en su libro '*Metodología de la Investigación Cualitativa, ¿Para qué?*', libro a través del cual accedemos a esta teoría.

El objetivo del Método Comparativo Constante es formular teorías y categorías cuyas raíces surjan de los propios datos. Su denominación de comparación constante surge porque se recurre permanentemente a la comparación entre la teoría y la base empírica, aunque tomando como puntos de partida los datos extraídos del trabajo de campo. Los códigos con los cuales se construye dicha teoría se crean a partir del texto en sí mismo, por lo que su

[7] Con Teoría Fundamentada, Strauss y Corbin se refieren a "una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guarda estrecha relación entre sí." (Strauss y Corbin, 2002, p.13).

lógica es inductiva.

El proceso de análisis consta de cinco pasos: (1) Transcripción y lectura de las entrevistas, (2) Diseño de grilla con fragmentos de las entrevistas (que remiten a una cuestión común para ubicarlos en una misma sección), (3) Codificación abierta (se asignan códigos a los fragmentos de entrevistas), (4) Integración de categorías y sus propiedades (se conectan los conceptos en busca de generar hallazgos) y (5) Redacción del informe final y elaboración de la teoría. Para observar con mayor detalle el proceso de análisis, dirigirse al anexo 13.10.

8.6.1.2 Descripción de entrevistados

A la hora de planificar las entrevistas, debido a la dificultad de poder acceder directamente a usuarios que cumplan con los requisitos de edad, especialidad y policlínica; el equipo decide aproximarse a este público a través de profesionales que, por la naturaleza de su trabajo, puedan conocer el perfil de persona que vive en estas zonas de Montevideo.

Durante el período dedicado para la investigación, se realizan once entrevistas en profundidad. En cuanto a los perfiles profesionales elegidos, se encuentran: Andrea Acosta, ingeniera en sistemas y especialista de datos del Mides; Fernanda, a quien nos referiremos como 'Asistente Social uno', y Carla, a quien nos referiremos como 'Asistente Social dos'; Clara Niz, profesora adjunta de la Unidad Académica de Medicina Familiar (es decir, la unidad que se dedica a formar a los médicos familiares y comunitarios); Natalia Llaguno, médica familiar de las Policlínicas de Casavalle y Los Ángeles (y coordinadora en la Policlínica Los Ángeles), Marcos Baudean, sociólogo, investigador y docente de la Universidad ORT; y Mayda, licenciada en comunicación del Complejo SACUDE (donde se encuentra la Policlínica Los Ángeles).

Por otra parte, se alcanza a entrevistar dos pacientes que forman parte del público objetivo analizado, de apellido Moreira (paciente uno) y de apellido Tiño (paciente dos), siendo ambas madres jóvenes con hijos. Las dos entrevistas restantes se dirigen a personas vecinas de la policlínica, entrevistadas por su conocimiento sobre el entorno donde se encuentran ambos centros de salud (dado que, por sus edades, exceden el límite establecido para el público). Estas son: Norma Espino, paciente de 80 años que a su vez se desempeña como agente comunitaria en la zona de Casavalle y Los Ángeles, y Juana Viera, paciente de edad avanzada que a su vez es conyugal vecinal por el Municipio D y miembro de la Comisión Salud en el Centro SACUDE.

Dado que no todos los entrevistados forman parte del público objetivo ni han interactuado directamente con este público (pero sí han trabajado en contextos similares), los hallazgos se componen parcialmente de inferencias.

8.6.1.3 Hallazgos

El análisis de las entrevistas permite identificar una relación con el sistema de salud

marcada por beneficios inmediatos (ejemplo: medicamento para el dolor de cabeza) y no en una proyección de mejora a mediano y largo plazo. En ese sentido, se entiende que la precariedad material (presente en todos los ámbitos de la vida de la población), la falta de educación en el ámbito familiar y en el sistema educativo; limita la planificación a plazos cortos, altera las prioridades y contribuye a una relación reactiva con la salud. En contraposición, los vínculos longevos entre médicos tratantes y pacientes (a través de la empatía, la sensibilidad y la confianza) generan cercanía y favorecen la asistencia. La inconsistencia entre lo que la policlínica dice enviar y lo que los pacientes dicen recibir representa una oportunidad de fortalecer la relación entre policlínica y paciente.

El primer hallazgo propone que buena parte de los usuarios interactúa con el sistema a partir de una necesidad concreta o de un beneficio inmediato. Los entrevistados mencionan, entre otros ejemplos, la consulta médica motivada por dolor propio o de un familiar, la búsqueda de medicación o el contacto con organismos estatales para acceder a ayudas sociales. Este patrón sugiere una relación predominantemente instrumental y reactiva con las instituciones. En ese sentido, los testimonios indican que la consulta programada pierde valor cuando no responde a una necesidad presente o cuando el problema fue resuelto con anterioridad por otra vía. Así lo expresa la médico familiar y comunitaria de Casavalle y Los Ángeles (y coordinadora de esta última), Natalia Llaguno[8]:

> O sea, en Casavalle ha sido todo un trabajo que vengan a la consulta más allá del 'Quiero la medicación', ¿entendés? O sea, que te respeten en el sentido de estoy acá para acompañarte y no estoy acá para proveerte la pastilla que te falta.

La misma lógica reaparece cuando Llaguno[9] señala:

> Entonces, eh, hay usuarios que tienen que ver, o sea, que lo toman como un recurso más, ¿entendés? Voy al médico para solucionar, eh, el dolor, y el Omeprazol y el Gelal y que no me pregunten mucho. Eso tiene que ver con el autocuidado, con las prioridades, con el descuido general.

El segundo hallazgo hace referencia al peso de la precariedad sobre la organización de la vida cotidiana de los pacientes. Las entrevistas describen contextos atravesados por necesidades básicas insatisfechas, vulnerabilidad económica, trayectorias laborales inestables y múltiples carencias materiales. En esas condiciones, la organización del cuidado queda subordinada a la resolución de urgencias inmediatas (ejemplo: comer, descansar, no enfermarse, evitar delincuencia). Andrea Acosta[10] lo sintetiza del siguiente modo: "Si vos vivís el hoy. Si vos te salís hoy para conseguir la plata para pagarte el plato de comida hoy, ¿Qué te vas a preocupar en tener una buena salud para el futuro?". Esta dificultad para proyectar a

[8] Occelli y Urioste (17 de diciembre de 2025). Entrevista realizada a Natalia Llaguno [inédita]. Véase Anexo 2 en URL: Transcripción de entrevista.
[9] Occelli y Urioste (17 de diciembre de 2025). Entrevista realizada a Natalia Llaguno [inédita]. Véase Anexo 2 en URL: Transcripción de entrevista.
[10] Occelli y Urioste (27 de noviembre de 2025). Entrevista realizada a Andrea Acosta [inédita]. Véase Anexo 1 en URL: Transcripción de entrevista.

mediano y largo plazo se agrava por el entorno. En Casavalle, los entrevistados describen problemas graves de inseguridad, deterioro urbano, dificultades de acceso al transporte y calles que se vuelven intransitables en determinadas situaciones. A ello, se suma un debilitamiento del vínculo entre vecinos. En palabras del sociólogo Baudean[11]: “O sea, la gente vive más aislada. La gente vive más adentro de su casa, no confía en todos sus vecinos, la acción colectiva está afectada negativamente.”. Consecuentemente, la asistencia a una consulta programada no depende solo de la voluntad individual, sino también de un contexto material y simbólico que restringe la capacidad de anticipación y dificulta el desplazamiento de los usuarios a la policlínica.

El contraste entre territorios refuerza este punto. Aunque Casavalle y Los Ángeles se ubican en zonas próximas, los entrevistados perciben diferencias en la vida barrial, la participación comunitaria y el capital social disponible. Llaguno[12] lo expresa así:

> Vos sabes que cambia. Por más que sea muy cerca, a mí me llamó la atención lo que cambia la idiosincrasia del barrio de Casavalle a acá el SACUDE. Por suerte, la historia del barrio Municipal es más rica, hay una cultura de participación, que por eso también está el SACUDE; que se inició con familias de trabajo que eran municipales. Entonces hay, acá en Los Ángeles tenés mejor nivel educativo, una trayectoria laboral un poco más extensa, una cultura de participación.

Este contraste resulta significativo porque muestra que la inseguridad, el aislamiento y la fragilidad del entorno no operan de manera uniforme y pueden incidir en la adherencia a las consultas.

El tercer hallazgo señala que la actitud reactiva hacia la salud no puede explicarse sólo por la precariedad, sino también por déficits de formación y socialización en torno al cuidado. Según los entrevistados, la falta de educación por parte de la familia y de los sistemas educativos y de salud contribuye a consolidar una concepción restringida de la salud, centrada en la ausencia de dolor y no en la prevención o el seguimiento de un profesional. Esta mirada se refleja con claridad en el testimonio de la paciente y concejal vecinal Viera[13]: “La mayoría de la gente se piensa que estar sano, o sea, que no tener ningún problema, pero hay cosas que a veces no estás bien de salud, aunque no te duela nada.”. En ese marco, la consulta tiende a valorarse por su capacidad de resolver un problema inmediato y no como una instancia de cuidado sostenido. Dicho lo cual, la baja planificación del cuidado y la asistencia motivada por síntomas concretos aparecen como expresiones de una misma lógica reactiva.

El cuarto hallazgo expone que la continuidad del vínculo con el médico tratante (tanto en medicina familiar como en medicina general) modifica esa relación inicial con el sistema. El análisis indica que, una vez consolidado cierto seguimiento en el tiempo, las inasistencias

[11] Occelli y Urioste (23 de diciembre de 2025). Entrevista realizada a Marcos Baudean [inédita]. Véase Anexo 6 en URL: Transcripción de entrevista.
[12] Occelli y Urioste (17 de diciembre de 2025). Entrevista realizada a Natalia Llaguno [inédita]. Véase Anexo 2 en URL: Transcripción de entrevista.
[13] Occelli y Urioste (14 de enero de 2026). Entrevista realizada a Juana Viera [inédita]. Véase Anexo 11 en URL: Transcripción de entrevista.

tienden a disminuir. La confianza, la cercanía y la sensación de ser bien atendido refuerzan la adherencia a la consulta y son una cuestión de peso en una población que se siente marginada y vulnerada. En este punto, la sensibilidad y la empatía en el trato emergen como fortalezas decisivas. Los casos de pacientes que sostienen la consulta con un mismo médico, y acusan ir a la policlínica ante cualquier problema porque se sienten bien recibidos, refuerzan la importancia del vínculo en el tiempo. Lo mismo ocurre con el rol de trabajadores sociales y agentes comunitarios, cuya proximidad y acompañamiento contribuyen a sostener la relación con el sistema de salud más allá del episodio puntual. En este sentido, la reducción de inasistencias no depende únicamente de la disponibilidad de turnos o del tiempo de espera entre la solicitud y la consulta efectiva, sino también la calidad del vínculo construido.

Por último, las entrevistas dejan entrever inconsistencias en la comunicación institucional. El personal de las policlínicas menciona como principales vías de contacto los grupos, estados y comunidades de WhatsApp, las redes sociales, la página web y la cartelería física. A su vez, una integrante de la Comisión Salud del Complejo SACUDE afirma que, entre 24 y 48 horas antes de la consulta, la policlínica se comunica con el paciente para realizar el recordatorio y confirmar su asistencia. Sin embargo, pacientes entrevistadas sostienen que no reciben dichos avisos y que el único recordatorio que tienen es un comprobante (formato papel) entregado al momento de agendar presencialmente. La consecuencia según pacientes[14] es significativa: “El que no asiste a las consultas es porque se olvida.”. Esta discrepancia entre el circuito previsto y la experiencia del paciente revela una debilidad administrativa y comunicacional que incide directamente en las inasistencias.

En conjunto, las inasistencias responden a una combinación de uso instrumental del sistema, precariedad material, inseguridad, baja proyección temporal, déficits en educación en salud, fragilidad de canales que conviven con vínculos de selectiva confianza con los equipos de atención. Desde esta perspectiva, la continuidad en el vínculo, el trato empático y una comunicación efectiva (fortaleciendo los canales de comunicación con el paciente) aparecen como factores con capacidad de contrarrestar una lógica reactiva del sistema (promoviendo en su lugar una lógica proactiva).

8.7 Análisis de la investigación cuantitativa

8.7.1 Encuestas

Para analizar un fenómeno multicausal como las inasistencias en el sistema público de salud, se selecciona el cuestionario como instrumento de recolección de datos cuantitativos, definido por Hernández Sampieri (2014) como un “conjunto de preguntas respecto de una o más variables que se van a medir” (p. 217).

Con el propósito de complementar la información obtenida en entrevistas y bases de

[14] Occelli y Urioste (12 de enero de 2026). Entrevista realizada a Leticia Tiño [inédita]. Véase Anexo 10 en URL: Transcripción de entrevista.

datos, se aplicó una encuesta a residentes de los municipios A, D y F del departamento de Montevideo. Sus resultados se basan en la percepción y el recuerdo de las personas encuestadas. El objetivo fue caracterizar el contexto social, cultural y de bienestar en el que se ubican las policlínicas que, según el análisis de bases de datos, registran mayores tasas de inasistencia en especialidades médicas.

La encuesta se organizó en seis secciones. “Contexto general” releva género, rango etario y municipio de residencia, y definió la continuidad en el cuestionario según las respuestas. “Día a día” indaga la percepción del tiempo destinado a las actividades cotidianas. “Núcleo familiar” examina las características del hogar e incorpora preguntas específicas en los casos de convivencia con niños, dado que la población de 1 a 9 años presenta una de las mayores tasas de inasistencia. “Dinámica y percepción barrial” explora la imagen del barrio y de las zonas aledañas. “Seguridad y movilidad urbana” aborda la movilidad cotidiana y la inseguridad percibida. “Salud y bienestar” explora la importancia atribuida al cuidado de la salud y el modo en que este se gestiona.

En el anexo 13.2, es posible observar al detalle la estructura empleada para la encuesta. En ella, predominan las preguntas cerradas, ya que, según Hernández Sampieri (2014), facilitan la codificación y el análisis. Se utilizan preguntas dicotómicas, de opción múltiple y escalas de Likert de 1 a 5 para medir actitudes o predisposiciones. También se incluyen preguntas abiertas, entendidas como aquellas que no delimitan previamente las alternativas de respuesta (Hernández et al., 2014).

La encuesta se difunde mediante un formulario en línea de Google entre el 26 de noviembre y el 10 de diciembre de 2025. El enlace es compartido por WhatsApp y por redes sociales como Facebook, Instagram, LinkedIn y X. Además, se promueve su circulación mediante difusión interpersonal. Se establece un período estricto de 14 días, tras el cual la encuesta se cierra para cumplir con el cronograma.

Finalmente, se reciben 135 respuestas. Luego, se depura la base y se excluyen los registros que seleccionaron “Otros” en la pregunta “¿En qué rango etario te encuentras?” y “Vivo en otro municipio” en “¿Vives en alguno de estos municipios?”. En consecuencia, el análisis cuantitativo se lleva a cabo sobre las 78 respuestas validadas (n = 78).

8.7.1.1 Proceso analítico

En esta etapa no se aplica normalización de respuestas, ya que la encuesta se compone de preguntas cerradas con opciones predefinidas; por ello, no es necesario estandarizar categorías. No obstante, las cuatro preguntas abiertas se excluyen del análisis cuantitativo y se abordan cualitativamente para interpretar su contenido.

Posteriormente, se realiza un sondeo descriptivo para estimar cuántas respuestas corresponden al público objetivo, con resultados presentados por género, rango etario y municipio. Aunque las alternativas son definidas para ese público, cada ítem incluye la opción

“Otros”; por eso, se identifica la proporción de respuestas ajustada al perfil buscado.

La etapa siguiente determina cuánto del público objetivo permanece luego de la depuración, a fin de establecer el número final de participantes de la muestra. Los datos se presentan por género, rango etario y municipio.

Por último, cada sección de la encuesta se desarrolla mediante la presentación de resultados y correlaciones identificables, entre ellas la cantidad de personas en el hogar como indicador del núcleo familiar, su caracterización por municipio y la percepción de seguridad al caminar de día y de noche según municipio. Todo el proceso se puede apreciar accediendo a través del link presente en el anexo 13.7.

8.7.1.2 Criterios de muestreo

A partir del análisis de fuentes secundarias (bases de datos del Portal de Datos Abiertos de la Intendencia de Montevideo) se identifica que las policlínicas consideradas se ubican en los municipios A, D y F: Policlínica Parque Bellán, Policlínica Casavalle, Policlínica Los Ángeles y Policlínica Punta de Rieles (ver anexo 13.4.2.1).

La delimitación geográfica incluye a hombres y mujeres mayores de edad, de 20 a 49 años, residentes en esos municipios. No se diferencia por nivel socioeconómico, ya que el informe *Información Física y Sociodemográfica por Municipio* (Intendencia de Montevideo, julio de 2024) evidencia perfiles medio-bajos y bajos, altos niveles de inseguridad, carencias de infraestructura y elevada vulnerabilidad en ingresos, contexto social y familiar, educación y condiciones de vivienda.

8.7.2 Objetivo

El objetivo de la encuesta electrónica fue conocer los hábitos y costumbres de las personas que viven en las mismas zonas de Montevideo que las policlínicas elegidas a partir del análisis de datos. A su vez, se propuso conocer la percepción de dichas personas sobre variables que podrían influir en la no asistencia de un usuario a su consulta.

8.7.3 Caracterización de la muestra

Las respuestas obtenidas configuran una base de análisis consistente y fortalecen la interpretación de los resultados, debido a la presencia relevante de los municipios priorizados. En la distribución territorial, el Municipio F reúne 42 casos (31,11%), seguido por “otro municipio”, con 35 (25,93%), el Municipio D, con 30 (22,22%), y el Municipio A, con 28 (20,74%). En cuanto al género, predominan las personas femeninas, con 88 respuestas, frente a 46 masculinas y 1 no binaria. Por edad, el tramo de 20 a 34 años concentra 89 casos, el de 35 a 49 años reúne 21 y la categoría “Otro”, 25. En conjunto, la muestra resulta suficiente para el análisis.

8.7.4 Hallazgos

En esta sección se analizan factores del entorno cotidiano que pueden incidir en la inasistencia a consultas y controles de salud. A partir de la composición del hogar, la

percepción de inseguridad, la evitación de determinados recorridos y las dificultades asociadas al transporte, se identifican condiciones que complejizan la movilidad diaria y pueden afectar la asistencia a la policlínica.

En cuanto a la composición del hogar, predomina la familia extendida (madre y/o padre, hijas o hijos, abuelos u otros familiares), con 41 casos (52,56%), seguida por la categoría pareja con hijas o hijos, con 22 respuestas (28,21%).

En conjunto, estos datos indican que la mayoría de las personas encuestadas residen en hogares con convivencia múltiple y, por tanto, con rutinas, responsabilidades y horarios diversos. Este contexto puede complejizar la organización cotidiana y la planificación de actividades como la asistencia a una cita médica, ya que suele requerir la coordinación de tareas de cuidado, traslados y tiempos compartidos con otros integrantes del hogar.

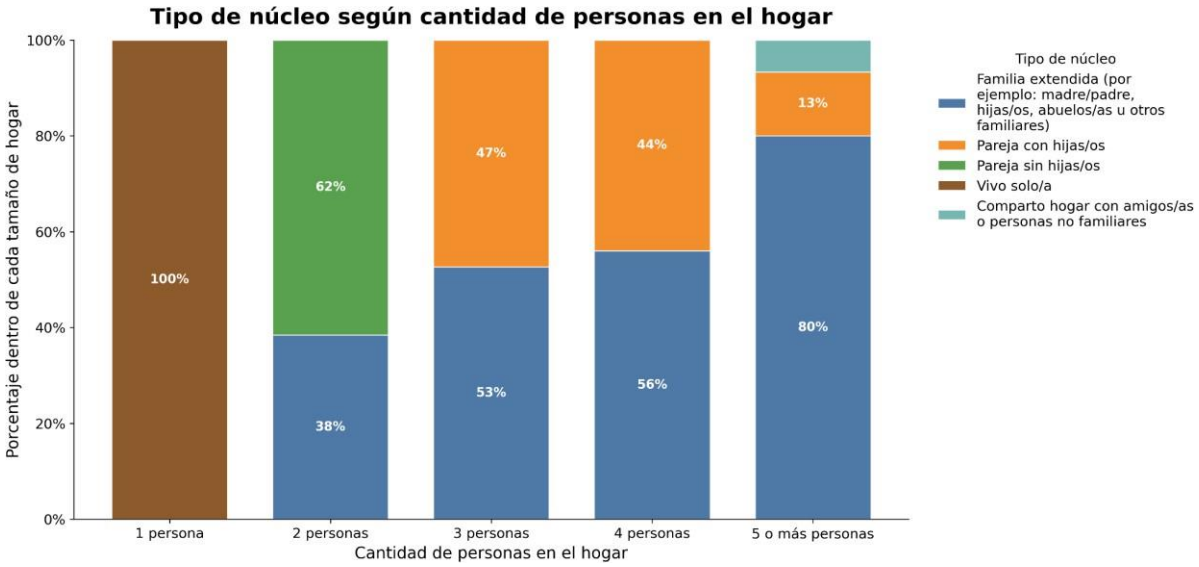


Figura 6. Tipo de núcleo según cantidad de personas en el hogar
Nota. Elaboración propia. Cada barra suma 100 %. Se excluyen 2 casos con combinaciones lógicamente inconsistentes.

La percepción de seguridad barrial surge, además, como un factor significativo para comprender las condiciones de movilidad. Durante el día predominan las respuestas intermedias: 26 personas (33,33%) señalaron sentir cierta seguridad y 19 (24,36%) cierta inseguridad, mientras que 18 (23,08%) indicaron bastante seguridad y 12 (15,38%) bastante inseguridad.

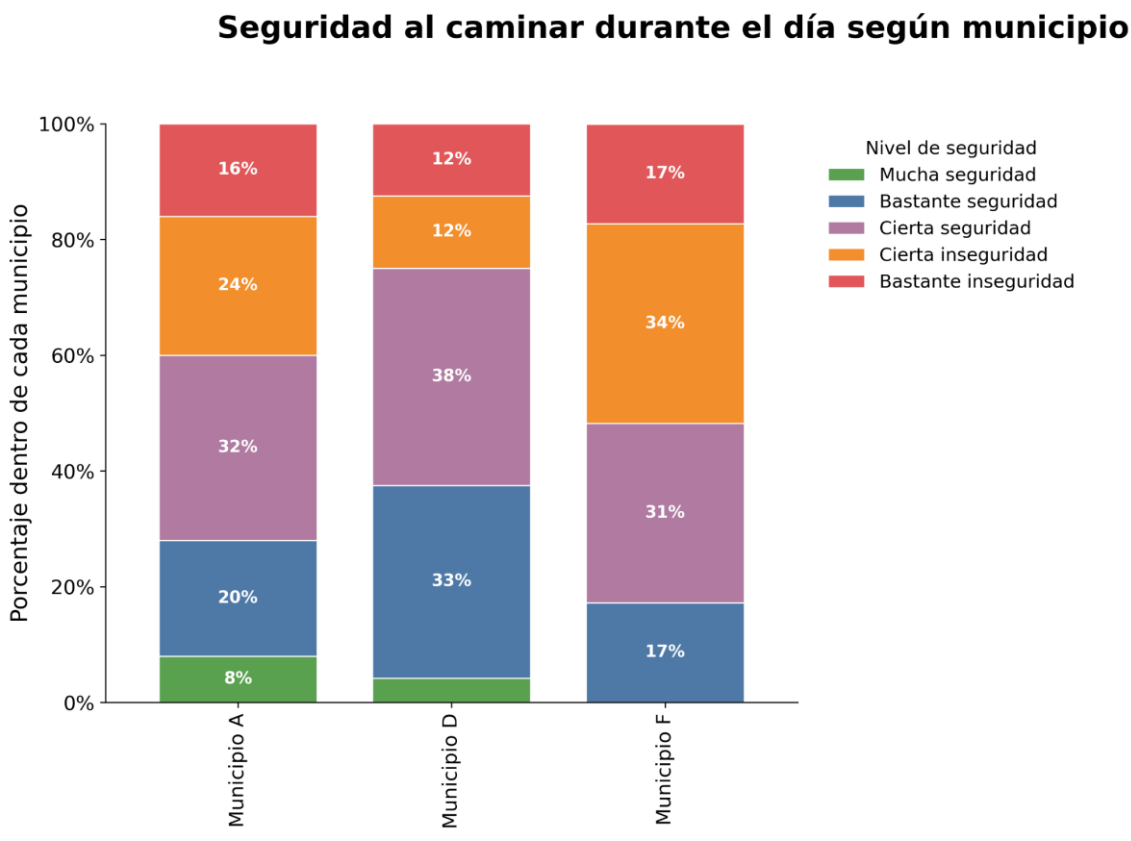


Figura 7. Seguridad al caminar durante el día según municipio
Nota. Elaboración propia.

Sin embargo, durante la noche esta percepción se deteriora de forma marcada: la respuesta más frecuente fue bastante inseguridad, con 37 casos (47,44%), seguida de cierta inseguridad, con 20 (25,64%). Además, 11 personas (14,10%) afirmaron no salir de noche (ver en anexo 13.4.2.2).

Esta tendencia se refuerza al observar que una proporción significativa de la muestra evita lugares, calles o recorridos por temor a la inseguridad: 24 personas (30,77%) señalaron hacerlo muchas veces, 23 (29,49%) algunas veces y 16 (20,51%) pocas veces. Asimismo, 8 (10,26%) indicaron que casi no salen solas o que no se desplazan caminando.

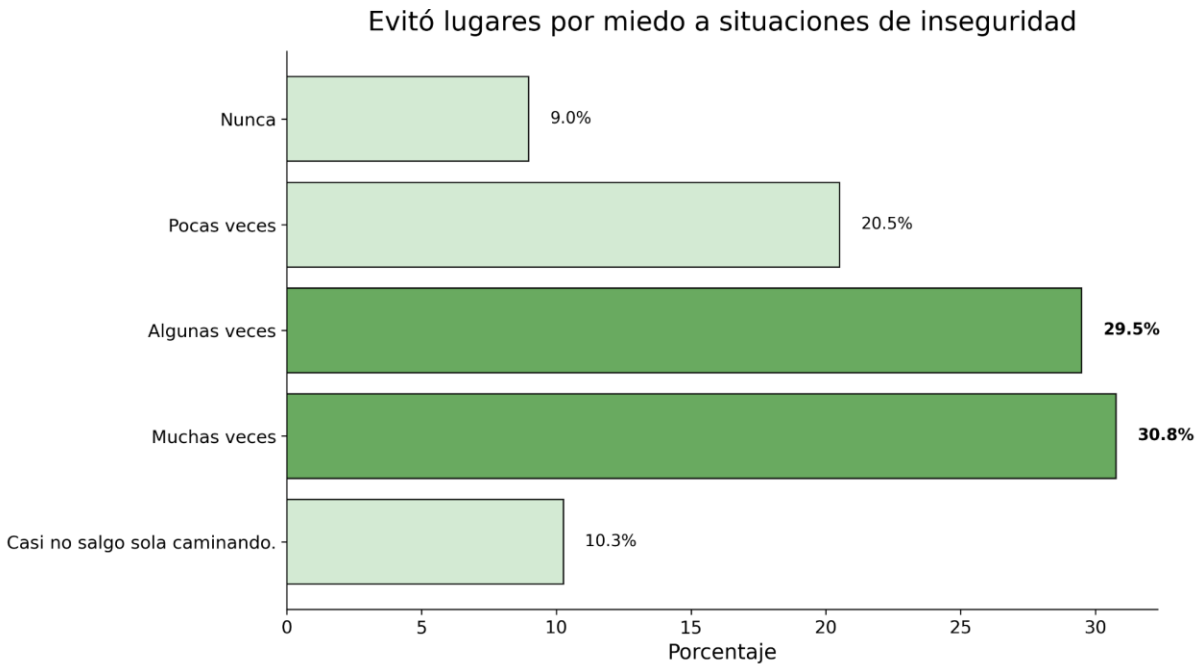


Figura 8. Evitó lugares por miedo a situaciones de inseguridad

Nota. Elaboración propia. El gráfico se construye directamente a partir de la tabla de frecuencias.

En este sentido, la inseguridad no constituye sólo una percepción, sino también un condicionante concreto de la movilidad cotidiana que, combinada con hogares de organización más compleja, puede reducir las posibilidades de desplazamiento hacia la policlínica y dificultar la asistencia a los controles de salud.

La forma de traslado más habitual es el ómnibus, utilizado por 57 personas (73,1%) (ver en anexo 13.4.2.3). Este predominio indica que una parte importante de la población enfrenta más condicionantes para desplazarse, ya que el traslado no depende únicamente de la organización personal, sino también de factores externos como los recorridos, los horarios, la frecuencia y la disponibilidad del transporte público. La mayoría de las personas encuestadas reportó haberse visto afectada por problemas de transporte o de la ciudad al menos en alguna medida: 31 personas (39,7%) señalaron que esto ocurre frecuentemente y 10 (12,8%) muy frecuentemente. En conjunto, más de la mitad de la muestra (52,5%) experimenta estas dificultades con una frecuencia significativa.

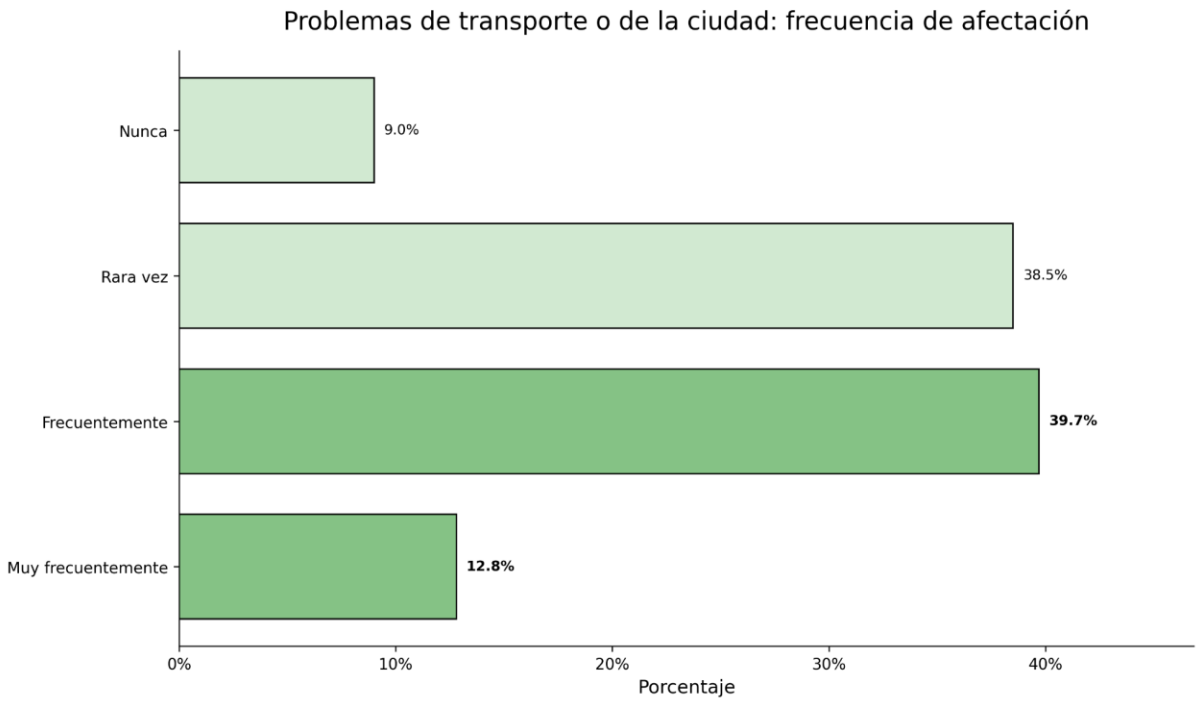


Figura 9. Problemas de transporte o de la ciudad: frecuencia de afectación

Nota. Elaboración propia. Se resaltan las categorías de mayor frecuencia de afectación.

En términos generales, los datos muestran que los problemas vinculados al transporte, al estado del espacio urbano y a la infraestructura barrial forman parte de la experiencia cotidiana de una proporción importante de la muestra y pueden constituir una limitación concreta para la asistencia a consultas o controles de salud.

Por último, se incorporó una pregunta específica orientada a identificar si las consultas a las que no se asistió habían sido canceladas con anticipación. Los resultados muestran que 36 personas (68,8%) respondieron que sí cancelaron, mientras que 16 (31,2%) señalaron que no lo hicieron.

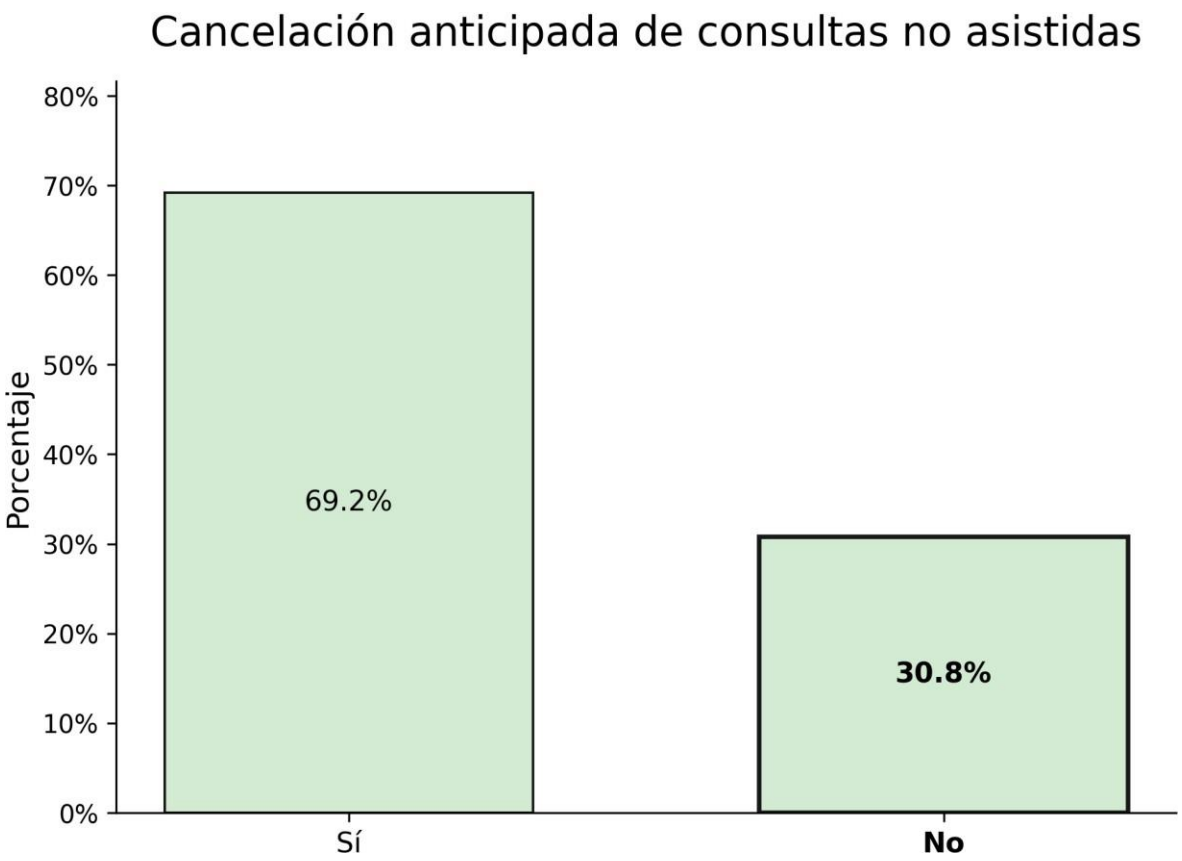


Figura 10. Cancelación anticipada de consultas no asistidas

Nota. Elaboración propia. Se consideran únicamente respuestas válidas Sí/No. Base = 52 respuestas.

Aunque predomina la cancelación previa, el hecho de que casi un tercio de los casos no la efectuará confirma que este aspecto continúa siendo un punto crítico dentro del problema de la inasistencia. Este resultado debe interpretarse en relación con las condiciones ya señaladas: la convivencia en hogares con mayor complejidad organizativa, la baja percepción de seguridad, la evitación de determinados lugares o recorridos y las dificultades logísticas asociadas al uso del transporte público. En conjunto, estos factores pueden restringir la movilidad cotidiana, complejizar la organización de los tiempos y generar obstáculos concretos para asistir a consultas o controles de salud, lo que contribuye a sostener el problema de la inasistencia.

9. Conclusión de la investigación

Esta investigación demuestra que la inasistencia a consultas no urgentes en las policlínicas estudiadas no responde a una decisión individual aislada ni a una simple falta de interés por la salud. Se trata de un fenómeno multicausal, atravesado por factores territoriales, sociales, organizacionales y comunicacionales que condicionan la asistencia y la continuidad del cuidado.

Las pruebas muestran que el problema no se distribuye de forma homogénea. La mayor concentración de inasistencias se registra en jóvenes de 20 a 34 años y adquiere una expresión especialmente crítica en las policlínicas de Casavalle y Los Ángeles, en particular en la primera. Este hallazgo demuestra que la inasistencia se intensifica allí donde las condiciones cotidianas para planificar, recordar y ratificar una consulta son más frágiles. Por lo tanto, no se trata de un fenómeno puntual o marginal, sino de un problema que afecta de manera concreta el acceso oportuno a la atención, el uso efectivo de los turnos y la continuidad asistencial en el primer nivel.

A su vez, la investigación permite decir con claridad que la ausencia a la consulta no responde solamente al desinterés, sino a una forma predominantemente reactiva de relacionarse con la atención en salud. La consulta adquiere valor cuando existe dolor, malestar o urgencia percibida, pero pierde prioridad cuando ese malestar desaparece. Esta lógica se ve reforzada por obstáculos cotidianos concretos, entre ellos la precariedad material, las dificultades de movilidad, la inseguridad percibida, la organización doméstica compleja y el deterioro del entorno urbano. En este marco, la inasistencia no expresa simplemente una decisión personal, sino dificultades estructurales y prácticas para sostener conductas de cuidado en el tiempo.

La investigación también exhibe que la dimensión comunicacional no es secundaria, sino constitutiva del problema. Las entrevistas muestran una brecha entre los mecanismos que las policlínicas consideran disponibles y los recordatorios que efectivamente reciben los pacientes. En muchos casos, el comprobante en papel aparece como el único soporte real para recordar la consulta o para orientar la cancelación y la reprogramación. Esto demuestra que el olvido no es un factor menor ni casual, sino la manifestación de una debilidad comunicacional concreta que incide sobre la asistencia, la cancelación oportuna y la reorganización del turno. Del mismo modo, cuando existe trato cercano, continuidad con referentes, acompañamiento y confianza, la adherencia mejora. Esto confirma que la comunicación en salud no solo transmite información, sino que organiza prácticas, orienta decisiones y reanima el vínculo con la atención.

El diseño de un plan de comunicación no constituye un complemento accesorio ni una instancia ajena al análisis precedente, sino una derivación necesaria de los descubrimientos producidos por esta investigación. Si la inasistencia se configura, entre otros factores, por fallas en los procesos de recordación, orientación, cancelación oportuna, reprogramación y

sostenimiento del vínculo con la atención, entonces la respuesta no puede limitarse a una lectura organizativa del problema, sino que requiere una intervención comunicacional específica, pertinente y académicamente fundada. En ese sentido, los hallazgos presentados no solo explican con claridad por qué se producen estas inasistencias, sino que establecen una base empírica suficiente para justificar el desarrollo de un plan de comunicación orientado a mejorar la continuidad del cuidado, enriquecer la relación entre usuarios y policlínicas y reducir una barrera concreta de acceso en el primer nivel de atención.

10. Plan de Comunicación

10.1 Introducción

El presente plan se compone de tres ejes temáticos: (1) Cancelación de consultas circunstanciales (a las cuales el usuario no es capaz de asistir), (2) reprogramación de consultas de control (a las cuales el usuario pretende asistir) y (3) Plan Educativo enfocado en valorizar la consulta y el concepto de salud. La repartición surge de la necesidad de abarcar todas las diferentes situaciones que puede atravesar un paciente a la hora de interactuar con las policlínicas estudiadas. Por eso, se planea llevar a cabo acciones de *performance* para mejorar indicadores en el corto y mediano plazo de la planificación relacionadas al aprovechamiento de turnos; y una campaña de *awareness* cuyo foco sea la instrucción del público sobre la salud y el valor de las consultas en las especialidades estudiadas fundamentalmente.

Como se menciona en la investigación (especialmente en las entrevistas), los pacientes de las policlínicas Casavalle y Los Ángeles suelen acudir a estos centros cuando sienten algún tipo de dolor, adoptando una actitud reactiva con respecto a su salud, dado que no sentir dolor pareciera ser indicador de gozar de buena salud. El hecho de solicitar una consulta por un argumento semejante, surgido de una situación circunstancial que puede sentirse impostergable, genera que en ocasiones los pacientes consigan solucionar dicha dolencia antes de tiempo, olvidándose de la consulta, y, por lo tanto, no asistiendo ni cancelando la misma.

Ahora bien, puede suceder que un paciente pretenda ir a una consulta programada y la estime como una consulta de control. En estos casos, donde el paciente demuestra un interés por asistir (cumplir con un control planificado), es necesario tomar un abordaje distinto. Frente a situaciones en las cuáles no es posible asistir (clima, inseguridad, transporte y demás razones mencionadas), es importante incentivar la reagenda a tiempo para conseguir un nuevo turno lo antes posible a la vez que se le ofrece su lugar a otro paciente.

Por otra parte, un elemento fundamental que se repite tanto en la encuesta como en las entrevistas es la necesidad de promover un autoconocimiento del estado de salud sustentado en una valoración profesional. La concepción de la buena salud reducida a la ausencia de dolor puede resultar riesgosa, ya que limita las posibilidades del sistema de salud de anticiparse a problemas de gravedad para la persona asistida. En este sentido, los vínculos de los usuarios con agentes comunitarios, asistentes sociales y personal médico y no médico de las policlínicas cumplen un papel central en la promoción de un cuidado proactivo de la salud. Su relevancia no radica únicamente en educar sobre el concepto integral de salud, sino también en incentivar la asistencia a las consultas y favorecer, en línea con el modelo de aprendizaje social, la transmisión de ese conocimiento en el entorno del paciente.

10.2 Problema central

En las policlínicas Casavalle y Los Ángeles, las consultas no urgentes de Medicina

General y de Medicina Familiar y Comunitaria dirigidas a población de 20 a 49 años, registran un nivel relevante de inasistencias. Una parte de estas ocurre sin cancelación ni reprogramación previa, lo que produce pérdida de cupos (por lo tanto, una lista de espera más larga) y deteriora el aprovechamiento del servicio.

La investigación identifica dos brechas complementarias que contribuyen a este problema: por un lado, la fricción o ausencia de un mecanismo claro y unificado para cancelar o gestionar el turno; por otro, una concepción más reactiva de la salud (centrada en la ausencia de dolor), que reduce la valoración de la consulta y debilita la continuidad del cuidado en el tiempo.

10.3 Objetivo general

Disminuir el porcentaje de inasistencias en las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General, en las policlínicas de Casavalle y Los Ángeles de la intendencia de Montevideo, en adultos de 20 a 49 años.

10.4 Objetivos específicos

Al dividir la propuesta en tres ejes, se plantea un objetivo específico de cada uno: (1) Desarrollar mecanismos de anticipación frente a inasistencias ocasionadas por el olvido de la consulta o por la desaparición del malestar que dio origen a su solicitud, (2) Favorecer procesos más rápidos de reprogramación para pacientes que, aún imposibilitados de asistir a la consulta asignada, expresen voluntad de acceder posteriormente a esa atención y (3) Reforzar la importancia de la asistencia a las consultas con el médico de referencia y aportar mayor conocimiento sobre el significado y alcance del concepto de salud.

10.5 Públicos objetivos

El público objetivo que se dirige este plan son todos los usuarios de las policlínicas Casavalle y Los Ángeles, hombres y mujeres, de entre 20 y 49 años (incluidos), que asisten a consultas de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. En ese sentido, en base a la investigación realizada, el equipo utiliza la herramienta *user persona* para mostrar lo que es un paciente típico de las policlínicas Casavalle y Los Ángeles:

El primer *user*, Mariana López (42 años) es vecina del entorno de las policlínicas Casavalle y Los Ángeles. Vive con su familia en un mismo terreno junto a hijos, padres y hermanos. Combina trabajo no siempre regularizado con responsabilidades del hogar, en un contexto donde muchas necesidades básicas no están plenamente cubiertas y donde el tiempo, la inseguridad y los horarios dificultan el cuidado de su salud. Tiene educación primaria, usa Facebook y WhatsApp y le gusta el fútbol. Su vínculo con la policlínica es principalmente reactivo: recurre a medicina familiar o general cuando aparece un dolor, malestar o por tratamiento de una enfermedad. Confía en las indicaciones de su médica por la continuidad del vínculo y el buen trato recibido. En un contexto de marginación respecto al centro de la ciudad y de discriminación asociada a barrios percibidos como peligrosos, prioriza soluciones rápidas, claras y sin trabas; por ello, no resultan viables propuestas que exijan

aprendizaje veloz o adaptaciones complejas. Ver anexo 13.14.1.

El segundo *user*, Sebastián Rodríguez (26 años), es un vecino del entorno de las policlínicas que trabaja en la construcción y tiene cursado primer año de liceo. Cuando no trabaja, pasa tiempo con sus amistades o cuida a sus amistades o cuida a sus hermanos; se traslada en moto u ómnibus según su disponibilidad. Usa redes sociales para comunicarse y conocer gente, y recurre a YouTube para escuchar música o ver películas; además, juega al fútbol en torneos aficionados. En un contexto donde muchas necesidades básicas no están plenamente cubiertas, y atravesado por la marginación respecto al centro de la ciudad y la discriminación hacia barrios percibidos como peligrosos, su relación con la policlínica es reactiva: se atiende cuando surge una necesidad concreta o cuando debe hacerse un chequeo, pero si el turno es lejano suele olvidarlo. Aunque reconoce la importancia de controlarse, prioriza otras actividades; su único recordatorio es el papel que recibe y no cancela cuando falta porque no sabe cómo ni dónde hacerlo. En este marco, no son viables innovaciones que requieran aprendizaje rápido o adaptación compleja. Ver anexo 13.14.2.

10.6 Mensajes clave y narrativa

El presente plan se dirige a la División Salud de la Intendencia de Montevideo, responsable de la gestión de las policlínicas barriales y, por ende, del territorio de intervención. La comunicación del plan se organiza en tres ejes: cancelación, reprogramación y educación. En todos los casos, el objetivo es que el usuario reciba instrucciones claras, recuerde con mayor facilidad su consulta y sepa qué hacer si no puede asistir. De esta manera, el mensaje deja de centrarse solo en la agenda institucional y pasa a facilitar decisiones concretas del paciente. En ese marco, se busca revalorizar la consulta como instancia de cuidado, seguimiento y continuidad asistencial, así como visibilizar el impacto colectivo de liberar turnos para otras personas. A su vez, se promueve la cancelación o la reprogramación con anticipación como conducta práctica para reducir inasistencias, descomprimir listas de espera y optimizar el primer nivel de atención. A la hora de desarrollar las acciones, el equipo hace uso de herramientas de ideación (desarrolladas en el anexo 13.12) como parte del proceso creativo del plan.

Como condición operativa mínima, se requiere un canal de comunicación directa paciente-policlínica, dado que es un recurso clave utilizado para diferentes fines a lo largo del plan. Se entiende necesario que los actores responsables de llevar a cabo las acciones sugeridas cuenten con conocimientos comunicacionales, médicos, entre otros. Realizadas estas aclaraciones, a continuación, se desarrolla el alcance de cada eje y su lógica de implementación.

10.7 Eje 1: Cancelación de consultas circunstanciales

En caso de que la persona usuaria no tenga intención de asistir al turno asignado, por ejemplo, debido al cese de un malestar transitorio; se le sugiere cancelarlo con la mayor antelación posible, dándole claras indicaciones de cómo y por qué debe hacerlo. De este

modo, se le reconoce que, luego de liberar un lugar que no iba a utilizar, un vecino, un hermano, un niño; puede utilizar ese turno en su lugar sin generar mayores complicaciones al sistema. Se plantea al paciente el beneficio personal que estas acciones tienen sobre el servicio que recibe.

10.7.1 Acción 1: Remodelación del ticket comprobante

Se ajusta el comprobante entregado una vez agendada la consulta en el centro de salud correspondiente (ver anexo 13.17), aportándole detalles adicionales: además de la información habitual (fecha y hora de consulta, médico correspondiente, nombre y cédula del paciente), se le añade una indicación de cancelar la consulta si la persona no pretende asistir a la misma, seguido de un paso a paso de cómo ésta debe ser llevada a cabo.

Esta implementación busca tener un bajo costo de ejecución, tanto para el médico y la administración como para el paciente (ya que además utiliza recursos ya empleados habitualmente). El objetivo del mensaje es aportar una vía sencilla para que el paciente cancele si ya tiene decidido que no va a asistir a la consulta. Es una situación común si se considera que los pacientes se suelen acercar al sistema de salud por síntomas de dolor fuertes y que, de resolver esa dolencia de forma anticipada, suelen olvidarse de la misma y no asisten.

10.7.1.1 Mensaje principal

Se proponen dos enfoques: el primero, un acercamiento formal, manteniendo el estilo propio de una institución estatal. Se sugiere este mensaje a modo de ejemplo: “Sr/Sra paciente: si por alguna razón usted decide no asistir a la consulta, por favor comunicarse con el número telefónico de la policlínica: 099121212”. Alternativamente, se plantea un enfoque más cercano y simple del mensaje, facilitando su entendimiento: “Si no pensás asistir a esta consulta, por favor comunícate con el teléfono de la policlínica: 099121212”. A modo de ilustración, se propone un boceto de dichos tickets (anexo 13.15.1).

10.7.1.2 Piezas imprescindibles

Para su implementación, se precisa: en un primer momento, el accionar preciso del personal de administración (o quien entregue dichos tickets) a la hora de entregar el comprobante al paciente, ya que se requiere realizar un especial énfasis en las vías de contacto que tiene el paciente para comunicarse con la policlínica (ejemplo: número de teléfono) y dónde el paciente debe buscar esa información en el ticket entregado. Es importante expresar el siguiente enunciado, “Cuidarte es un proceso. Cada consulta suma. Si no venís, avisa: cancela por [CANAL DE CANCELACIÓN]”.

En un segundo momento, entregado el ticket y realizadas estas aclaraciones, es fundamental hacer entender este mensaje: “Cuidarte es un proceso. Cada consulta suma. Si llegara a sentirse mejor antes de la consulta y decidiera no asistir a la misma, cédale su lugar a otro paciente a través de [CANAL DE CANCELACIÓN]”. Estos mensajes deben ser transmitidos de forma clara por el personal administrativo o por la persona designada para

dicha tarea. En caso de que la consulta esté asignada al médico de referencia, se sugiere que ese mismo profesional refuerce esta indicación.

10.7.1.3 Flujo de implementación

Se debe rediseñar el canal principal, el ticket impreso, incorporando un mensaje breve de cancelación y el número telefónico de la policlínica visible. En la vista previa, se debe verificar que sea claro y legible, sin cambiar el tamaño del papel ni requerir impresión doble faz. Al entregarlo en mostrador, el personal administrativo debe indicar verbalmente dónde figura el número. En la consulta con el médico tratante, el mensaje se refuerza recordando que, si la persona no asistirá, debe avisar por las vías sugeridas. Finalmente, el nuevo comprobante debe adoptarse como formato estándar y sus resultados se registran mensualmente durante seis meses.

Para el público de 20 a 34 años, se debe usar un lenguaje más directo y breve, destacando en negrita la información clave: fecha y hora, médico, “cancelar” y número de teléfono. Para los pacientes de 35 a 49 años, se debe enfatizar la importancia de cancelar con anticipación para reducir listas de espera y no ocupar un lugar que otra persona puede necesitar. En los circuitos presencial y telefónico, donde se concentra la mayoría de las solicitudes (N. Llaguno, comunicación personal, 4 de febrero de 2026), deben aclararse los pasos a seguir y los horarios de contacto.

El período de aplicación sugerido es de seis meses, con registro mensual de resultados, diferenciados por especialidad. Al finalizar, se realiza una evaluación para que la gerencia de cada policlínica contabilice los resultados obtenidos.

10.7.2 Acción 2: Mensaje directo automático al teléfono del paciente por WhatsApp

Se pretende enviar mensajes automatizados a los usuarios (vía mensaje directo en canal digital de mensajería) indicando: nombre, apellido y cédula de la persona; especialidad, médico a cargo, horario y número del turno. Estos datos son enviados con una indicación de cancelar el turno si no es posible asistir (resaltada a través del lenguaje o el uso de la negrita). Es importante realizar un consentimiento previo con el usuario, de modo de que tome la decisión estando informado sobre la misma.

Antes de asignar el turno, se le debe pedir al paciente al menos dos vías de contacto distintas (ejemplo: número de teléfono actualizado) que ofrezca variedad de opciones para alcanzar el contacto. Se busca anticipar un repentino cambio de número, práctica habitual en este público. A su vez, se le debe advertir al paciente sobre la posibilidad de enviarle mensajes automáticos.

El funcionamiento de la palabra clave ‘Cancelar’ (en todas sus combinaciones mayúsculo-minúsculas) pretende agilizar la cancelación evitando una interacción directa. Esta advertencia permite que el sistema funcione correctamente, evitando actuar sin la confirmación del paciente. La acción activa una conducta simple y de baja fricción: responder “CANCELAR” a un mensaje automático de WhatsApp, sin explicaciones ni pasos extra. El

consentimiento por parte del paciente debe ser explícito. Para ello, la advertencia se debe expresar de la siguiente manera: “Acepto recibir mensajes por WhatsApp sobre mis turnos de {POLICLINICA}. Entiendo que, si respondo ‘CANCELAR’, mi turno se cancela automáticamente.”. Se presenta un boceto en el anexo 13.15.2.

10.7.2.1 Flujo de mensajes

El flujo de mensajes inicia en el momento en el que se le asigna un turno al paciente. Una vez asignado el turno, el paciente recibe un mensaje automático (WhatsApp) con los datos de la consulta. En ese mismo mensaje se indica que, si responde ‘CANCELAR’, el turno se anula automáticamente. Se incorpora la idea de beneficio comunitario (otra persona puede usar ese lugar) y una alternativa de beneficio futuro personal (organización / no perder el hilo del cuidado).

El primer recordatorio se envía 48 horas antes de la consulta. Debe ser breve, no culpabilizar al usuario, mantener la llamada a la acción “CANCELAR” y recordar el impacto comunitario de liberar un turno que no será utilizado. Además, debe incluir un canal alternativo de apoyo en caso de que la persona usuaria necesite asistencia.

El segundo y último recordatorio se envía 24 horas antes de la consulta. Este mensaje debe ser aún más corto que el anterior, con CTA[15] “CANCELAR”. Para evitar saturar al usuario a base de mensajes, no se envían más recordatorios.

Si la persona usuaria responde únicamente con la palabra “CANCELAR”, se interpreta la solicitud y ejecuta la cancelación del turno. De forma inmediata, el paciente es informado que la consulta ha sido cancelada correctamente, que la acción no puede deshacerse y que dispone de un canal para realizar consultas o reclamos. Como consecuencia, el turno queda disponible para otra persona usuaria.

Si el paciente responde cualquier combinación de palabras, se le envía una respuesta automática de contención con instrucciones claras, donde se indica que, para cancelar, debe escribir “CANCELAR”, y para otras gestiones usar un canal alternativo sugerido (ejemplo: teléfono de la policlínica); si no, se da por recibido el mensaje y confirmada su asistencia.

10.7.2.2 Flujo de implementación

En el momento de asignar el turno, se registra una segunda vía de contacto y se pide consentimiento explícito para recibir mensajes por el canal principal: un chat privado entre el WhatsApp Institucional de la policlínica y el paciente. Posteriormente, se configura la automatización en el chat de WhatsApp institucional para enviar confirmación de turno con nombre y cédula de paciente, médico y especialidad, fecha y hora de la consulta y el turno. Además, se envía la confirmación inicial por mensaje privado de WhatsApp, iniciando que la respuesta ‘CANCELAR’ activa la baja automática del turno. Se configuran los recordatorios para enviarse 48 y 24 horas antes de la consulta. Ya configurado ello, si la persona responde

[15] CTA: Call to action o llamado a la acción.

‘CANCELAR’, el sistema ejecuta la cancelación en el canal automatizado y devuelve una confirmación inmediata de la solicitud. Si la respuesta del paciente no activa la cancelación, el sistema responde por el mismo chat privado con instrucciones claras (indicando que responder otra palabra implica dar consentimiento de asistencia) y se lo deriva a un canal secundario: teléfono de la policlínica para otras gestiones. Tras una prueba piloto, se consolida el uso del WhatsApp institucional. Dado el bajo costo de la implementación de estos mecanismos y la facilidad para llevar a cabo su prueba en la práctica, se planifica una implementación de seis meses (con un registro mensual de los datos obtenidos), tiempo luego del cual se evalúa su rendimiento.

10.8 Eje 2: Reprogramación de consultas por control

Uno de los problemas recurrentes del sistema de salud es el tiempo de espera entre la solicitud de una consulta y su realización. Cuando un paciente no puede asistir y cancela o reagenda su turno, ese lugar puede ser utilizado por otra persona, lo que contribuye a mejorar el funcionamiento del sistema. En ese sentido, cuando un paciente, no puede asistir a una consulta programada por razones no previstas al momento de la agenda, la cancelación o reprogramación del turno no solo permite que ese lugar sea ocupado por otra persona, sino que también facilita la obtención de una nueva cita en el corto plazo.

En primer lugar, la reprogramación permite acceder a un turno más acorde con la disponibilidad horaria de la persona usuaria y reducir, de ese modo, el tiempo de espera. Esto favorece la continuidad de la atención y la posibilidad de abordar el problema de salud en un plazo más breve. En segundo lugar, al liberar un turno que no podrá utilizarse, se habilita su reasignación a otra persona usuaria, con el consiguiente beneficio para el servicio. Este efecto resulta especialmente relevante al primer nivel de atención, ya que el aviso oportuno de la inasistencia y necesidad de reagendar puede acortar el tiempo de espera de otra persona. En este sentido, la notificación temprana contribuye a facilitar el acceso a la consulta y a optimizar el funcionamiento del sistema, al beneficiar tanto a quien reagenda como a quién puede acceder antes a un turno disponible.

10.8.1 Acción 1: Instrucción bilateral: temas a tratar y tarjeta ‘Mi próxima consulta’

La relación entre el médico y el paciente constituye un factor clave para disminuir la inasistencia y fomentar un mejor cumplimiento de los tratamientos. La acción aporta mayor claridad sobre cuándo atiende su médico y qué hacer si no puede asistir al encuentro.

Dado que el tiempo disponible en consulta suele ser limitado, se propone un listado de temas a tratar en la consulta. Entre ellos, se destacan la importancia de asistir a la consulta; orientar sobre cómo actuar ante la imposibilidad de concurrir; informar con precisión los días y horarios de atención; y detallar mecanismos simples para reagendar. Busca activar tres conductas: asistir siempre que sea posible, reagendar la consulta en el momento que se reconoce la imposibilidad de asistir y fortalecer el vínculo con el médico y el centro de salud. El mensaje busca no culpabilizar y reforzar un doble beneficio: comunitario (liberar cupos para

otros) y personal (no perder el hilo del cuidado y organizarse mejor).

La propuesta se complementa con la entrega de tarjetas, denominadas ‘Mi próxima consulta’. Con fines informativos, el médico le entrega una tarjeta al paciente con información clave sobre las vías de comunicación de la policlínica, sus días y horarios de atención y consejos útiles sobre cómo proceder cuando no pueda asistir a la consulta, aun cuando exista voluntad de hacerlo. Exponer esa información de forma clara y concisa mejora la comunicación con el paciente, dependiendo menos de la memoria. La entrega de estos materiales por parte de los propios médicos de referencia busca facilitar la comunicación entre el sistema de salud de las policlínicas barriales y la población usuaria, y funciona como un complemento que implica poco tiempo dentro de la consulta. Como una acción final, previa al cierre del encuentro, esta medida resulta viable y puede mejorar el acercamiento del paciente a la policlínica, con la consiguiente reducción del riesgo de inasistencia sin aviso previo de reprogramación, en un contexto en el que las consultas suelen ser presenciales. En el anexo 13.15.3 se presenta un boceto de esta acción.

Aunque no es un factor fundamental, puede ser clave el refuerzo de este mensaje por parte de personal de apoyo (enfermería, agentes comunitarios, trabajadores sociales, administración y otros trabajadores no médicos vinculados con la policlínica) puede resultar relevante cuando un paciente desorientado formula una consulta de este tipo.

10.8.1.1 Piezas necesarias

El equipo plantea abordar los siguientes puntos: la relevancia de los controles de salud en el mediano y largo plazo; días y horarios de atención del médico tratante, canales disponibles para contactar al médico frente a cualquier inconveniente y las pautas a seguir en caso de no poder asistir (sugiriendo reagendar cuanto antes). Por lo tanto, resulta prioritario definir (y actualizar de ser necesario) canales físicos y digitales (por ejemplo, WhatsApp, redes sociales, sitio web) con el fin de garantizar claridad y precisión en las indicaciones.

En este contexto, médicos y residentes entienden que el tiempo disponible durante una consulta médica no siempre permite desarrollar en profundidad cada uno de estos aspectos, particularmente en jornadas de alta demanda del servicio (F. Quinteros, comunicación personal, 24 de febrero, 2026). Es útil en estos casos contar con una *checklist* (o lista de verificación) de temas a tratar a lo largo de las consultas puede contribuir a evitar omisiones sustanciales, ya que una eventual falla de memoria puede comprometer la efectividad de la acción, pero sigue siendo decisión única y exclusiva de cada profesional. La tarjeta denominada ‘Mi próxima consulta’ debe incluir: información sintetizada en viñetas, estar diseñada en cartón para impresión con espacios en blanco y presentar el logotipo de la policlínica de forma claramente identificable. Asimismo, se sugiere realizar testeos de usabilidad durante el primer mes de aplicación con el propósito de evaluar posibles mejoras en la disposición y diseño en ambas caras de la tarjeta.

10.8.1.2 Adaptaciones por segmento

La exposición de los temas dirigidos a los pacientes difiere en cada segmentos: usuarios de 20 a 34 años y usuarios de 35 a 49 años: En el caso del grupo de 20 a 34 años, se propone resaltar las vías de contacto y promoviendo la reprogramación anticipada, destacando el beneficio personal asociado a la continuidad de los controles. Para este segmento, se recomienda utilizar un lenguaje simple y directo para facilitar la comprensión inmediata del mensaje.

En relación con el grupo de 35 a 49 años, también se destacan la visibilidad de las vías de contacto disponibles. En este caso, el mensaje vincula la reprogramación con la organización de la agenda personal y en el valor de la continuidad de los controles de salud. Para este segmento, se sugiere un tono ligeramente más reflexivo, acorde con el enfoque del mensaje.

10.8.1.3 Flujo de implementación

Se empieza por elaborar una *checklist* para el médico y diseñar la tarjeta impresa 'Mi próxima consulta' con días, horarios y vías de contacto de la policlínica, destacando como canal de agenda el teléfono de la policlínica o el mostrador de la policlínica como vía presencial. Se entrega la *checklist* a los médicos para su uso dentro del canal principal, la consulta presencial, incorporando como mínimo la importancia del control y qué hacer si la persona no puede asistir. Durante la consulta presencial, el médico explica verbalmente cómo reagendar y mencionar en forma explícita los canales de reprogramación. Al cierre del encuentro, el médico entrega el canal secundario de la acción, la tarjeta 'Mi próxima consulta', para que el paciente conserve la información sin depender de la memoria. En el mostrador y en otras interacciones de apoyo, administración, agentes comunitarios o trabajo social pueden reforzar los mismos canales de reprogramación. Finalmente, se implementan testeos de usabilidad de la tarjeta, luego de lo cual se pone en práctica la acción.

Dado que se basa en un discurso implementado por los médicos durante la consulta, su aplicación requiere una semana efectiva. La elaboración de las tarjetas y la realización de pruebas de usabilidad demandan un período aproximado de un mes. El registro del cumplimiento debe ser efectuado por el propio médico una vez finalizada la consulta, mientras que la evaluación de la implementación es quincenal. Iniciado el testeo de usabilidad, se procede a implementar la tarjeta en conjunto con la *checklist*. Pasados seis meses desde su implementación, analizar el grado de aplicación de la propuesta y su continuidad en el tiempo.

10.8.2 Acción 2: Mensaje mensual comunitario

El primer día hábil de cada mes, la policlínica envía un mensaje único a través de un canal de comunicación comunitario (por ejemplo, mediante la funcionalidad "Comunidades" de WhatsApp) en el que únicamente la institución y su personal se encuentran habilitados para publicar. El mensaje presenta de forma sintética la disponibilidad de horarios de consulta, especificando especialidad, profesional, hora y número de turno, e incluye además los canales

de contacto disponibles para aquellas personas que necesiten reagendar su consulta.

Esta acción busca abordar dos problemas frecuentes. En primer lugar, algunos pacientes advierten con escasa anticipación que no pueden asistir a la consulta (o directamente no lo comunican) y desconocen cómo proceder en esa situación. En segundo lugar, la cancelación o reprogramación suele postergarse debido a obstáculos operativos o a la falta de claridad respecto de los canales disponibles para gestionarla.

En este sentido, el mensaje procura promover conductas simples, como revisar la agenda personal y confirmar disponibilidad o reagendar la consulta con antelación, lo que incrementa la probabilidad de acceder a un nuevo turno en un plazo oportuno. De este modo, su envío al inicio del mes favorece que la persona incorpore esta información a su planificación personal (trabajo, familia, traslados) y, en línea con el Modelo de Etapas de Cambio, facilita el pasaje hacia una conducta más anticipatoria y orientada a la acción, contribuyendo así a una mayor claridad en la organización de las consultas.

10.8.2.1 Condiciones previas y consentimiento

Una condición necesaria para la implementación de esta acción consiste en contar con un canal de comunicación digital operativo que permita la creación de comunidades, como WhatsApp, Facebook, Instagram o Discord. A través de códigos QR colocados en salas de espera y de publicaciones en redes (mediante *stories* y *reels*) los pacientes ingresan a la comunidad. Al hacerlo, aceptan recibir notificaciones emitidas por la policlínica, entre ellas el mensaje enviado a comienzos de cada mes con la información sobre los turnos disponibles.

10.8.2.2 Piezas necesarias

A su vez, resulta fundamental registrar el número asociado a cada paciente y contar con su autorización para recibir comunicaciones institucionales. Con el objetivo de anticipar posibles cambios en el número telefónico, se exige al menos dos números telefónicos (pueden corresponder al paciente y a un familiar). Por otra parte, es necesario implementar procedimientos básicos de protección de datos. Estos incluyen el uso de una base de contactos con acceso restringido y la disponibilidad de un mecanismo de baja. El consentimiento debe ser explícito, directo y con un lenguaje sencillo, solicitando una doble confirmación para evitar equivocaciones. Se presenta un boceto en el anexo 13.15.4.

10.8.2.3 Flujo de implementación

Se crea el canal principal, la Comunidad de WhatsApp institucional de la policlínica. Luego, se promueve el ingreso a la comunidad por el canal secundario, cartelería con QR en salas de espera y por redes sociales institucionales, informando que allí se realizan avisos mensuales. Se registra consentimiento para recibir comunicaciones por el canal de WhatsApp comunitario y asegurar mecanismos de baja. Hecho esto, se programa el envío de un mensaje único (el primer día hábil de cada mes) con la disponibilidad de horarios por médico y con los canales de reprogramación por el canal principal de WhatsApp Comunidad. Se sugiere mantener la gestión del envío a cargo del personal que administra agenda, usando siempre

el canal comunitario institucional y no chats personales.

El diseño de la comunidad y la configuración para el envío automatizado del mensaje mensual requieren aproximadamente dos semanas. En cuanto a la implementación del recordatorio general, y considerando que la policlínica administra la disponibilidad de los turnos, la primera fase de la acción puede ponerse en práctica en el momento de la implementación del plan. No obstante, el mecanismo de respuesta (dando consentimiento de asistencia al nuevo turno, recurso utilizado para otras acciones del plan), puede llevar un tiempo mayor a la hora de automatizar el registro de respuestas y la consecuente acción generada en la agenda. Por lo tanto, la aplicación efectiva de esta acción, teniendo en cuenta las actividades que ya se acarrean en el día a día, requiere un máximo de tres semanas. A partir de su aplicación, se sugiere llevar un registro mensual de los indicadores clave de desempeño. Pasados seis meses, se evalúa rendimiento y continuidad en el tiempo.

10.9 Eje 3: Educación

El tercer eje busca revalorizar la consulta como instancia de cuidado en el largo plazo. Para lograrlo, se propone un eje de educación dirigido a darle importancia a la consulta médica como una instancia de cuidado y continuidad en la atención. Esta línea de trabajo busca consolidar bases más sólidas que permitan, en etapas posteriores, potenciar y sostener intervenciones vinculadas con la reprogramación y la cancelación de turnos, así como desarrollar la alfabetización en salud de los pacientes. Relacionada con el Modelo de Creencias en Salud, la propuesta apunta a instruir en cuanto a la percepción de la consulta como una instancia útil y necesaria para anticipar problemas, cumplir tratamientos y cuidar la salud en el tiempo.

10.9.1 Acción 1: Kit Educativo para la Prevención en Salud (KEPS)

El KEPS consta de afiches, carteles y materiales gráficos breves, colocados en salas de espera, mostradores y centros comunitarios. Estos contenidos reúnen de forma acotada y llamativa mensajes orientados a promover el autocuidado, a valorar los turnos (y consultas) como activos finitos y adoptar conductas de prevención. El lenguaje es sencillo, independientemente del nivel educativo, y utiliza ejemplos de la vida cotidiana para facilitar la comprensión del concepto. Se plantea como acción a largo plazo.

En el diseño del KEPS se consideran especialmente las formas de consumo de contenidos educativos, tales como impresiones, reproducciones, lecturas y asistencia a charlas. Está compuesto: por un lado, carteles colocados en las policlínicas (salas de espera, consultorios y mostradores) y centros comunitarios públicos cercanos, que buscan generar reconocimiento. Por otro lado, afiches entregados directamente a los pacientes que asisten a la policlínica y a centros comunitarios cercanos (entregados al entrar al centro) y la intervención de personal de atención al público, médicos y personal administrativo, quienes incentivan activamente el asistir a la consulta o avisar frente a un inconveniente. Con esto se busca una intervención más activa y convincente para el paciente.

10.9.1.1 Mensaje principal

Con el fin de aportar mayor flexibilidad a la aplicación de esta acción, se plantean dos enfoques comunicacionales. El primero, de carácter formal, se recomienda para la comunicación institucional (aplicada en cartelería): *"La consulta no constituye un trámite, sino una instancia de cuidado sostenido en el tiempo. En caso de no poder asistir, se solicita cancelar o reagendar con anticipación para liberar el turno a otra persona."* El segundo, de tono más cercano, se presenta para usar en afiches e interacciones presenciales con los pacientes: *"La consulta no es un trámite: es una forma de cuidar la salud en el tiempo. Si no es posible asistir, conviene cancelar o reagendar con anticipación para que ese turno pueda ser utilizado por otra persona."*

En ambos casos, el mensaje debe reforzar la comprensión del papel que cumplen las consultas de Medicina General y Medicina Familiar Comunitaria como instancias de cuidado, seguimiento y continuidad, orientadas a prevenir futuros problemas de salud. Asimismo, la calidez y la empatía en el trato con el usuario son fundamentales para favorecer una experiencia de atención que lo haga sentir bien recibido y mejor predispuesto al cambio.

10.9.1.2 Adaptaciones por segmento

Para el segmento de 20 a 34 años, se recomienda que el personal adopte un lenguaje más directo y breve y que, en los soportes escritos, destaque en negrita la información más relevante (fecha, hora, médico, entre otras), con el fin de facilitar la comprensión y anticipar posibles niveles de desinterés. En este grupo, conviene enfatizar el beneficio de avisar con anticipación una eventual inasistencia, a fin de reforzar la importancia del cuidado propio y de la adecuada gestión del turno.

Para el segmento de 35 a 49 años, se recomienda enfatizar que avisar ante una inasistencia contribuye a reducir las listas de espera y favorece la continuidad del cuidado mediante la planificación de los controles y la reprogramación oportuna. Tanto por la vía telefónica como la presencial, resulta necesario explicitar con claridad los pasos y horarios disponibles para cancelar o reagendar la consulta.

10.9.1.3 Piezas necesarias

La implementación de este kit educativo requiere coordinación con las policlínicas en materia de permisos, definición de ubicaciones y consistencia visual y discursiva. Como punto de partida, se propone diseñar, imprimir y colocar afiches y carteles visibles en las salas de espera (como la del anexo 13.15.5), donde los pacientes permanecen durante la espera de su consulta. En ese espacio, se sugiere el siguiente mensaje: *"Cuidarte es un proceso. Cada consulta suma. Si no venís, avisá: cancelá o reagendá por [CANAL]"*, con el fin de promover una actitud proactiva y destacar sus beneficios tanto para el paciente como para el servicio.

De forma complementaria, se incorpora cartelería orientada a responder preguntas frecuentes sin intervención del personal, por ejemplo: *"¿Se te complica venir? Avisá con al menos 24 h. Así otra persona puede usar tu turno"*. A su vez, se prevé la participación del

personal al agendar y una vez confirmado el turno, reforzando los canales disponibles para cancelar o reagendar. En el mostrador (como se observa en el anexo 13.15.5.1) también se recomienda colocar cartelería que subraya la importancia de liberar los turnos que no serán utilizados. Finalmente, el cierre de la consulta con el médico de referencia se plantea como una instancia clave para recordar al paciente las vías de contacto disponibles en caso de no poder asistir a la próxima consulta.

10.9.1.4 Flujo de implementación

Se diseña el kit mínimo de piezas para el canal principal de cartelería física: afiches, carteles de sala de espera, cartel de mostrador y volantes breves. Esta fase también comprende la evaluación de posibles ubicaciones dentro de las áreas definidas en cada policlínica y demanda entre dos y tres semanas de trabajo. Se requiere definir en todas las piezas los canales concretos para cancelar o reagendar, priorizando el teléfono de la policlínica, número de WhatsApp y la vía presencial. Esta etapa requiere aproximadamente quince días adicionales. Se coloca la cartelería física en salas de espera, consultorios, mostradores y centros comunitarios cercanos, asegurando visibilidad y coherencia visual. Se activa el canal secundario presencial para que el personal administrativo y de salud refuerce oralmente el mismo mensaje al agendar, confirmar o cerrar una consulta. Se entrega, cuando corresponda, volantes impresos por el canal presencial de atención, especialmente en puntos de ingreso y mostrador. Sumado a la definición de los canales y del *brief* al equipo, el diseño debe llevar hasta un mes y medio de no poseer un responsable de comunicación en el centro de salud. Puesta la propuesta en marcha, llevar un registro mensual de los indicadores. Pasados doce meses del inicio de la implementación del kit, analizar impacto y continuidad.

10.9.2 Acción 2: Charlas en centros comunitarios

Mediante un encuentro presencial en espacios de alta circulación, dos médicos (uno de Medicina Familiar y Comunitaria y otro de Medicina General) brindan una charla a pacientes y personas del entorno de la policlínica. La exposición aborda dos ejes: el valor de las consultas y su importancia tanto para la labor médico como para la salud del paciente, y la definición de salud desde una perspectiva médica, junto con las conductas esperables para sostenerla. Asimismo, la propuesta interviene sobre tres puntos de fricción conductuales: la comprensión insuficiente del rol de la atención primaria, la escasa planificación del cuidado (reflejada en consultas motivadas por dolencias puntuales antes que por una lógica preventiva) y las dificultades prácticas para cancelar o reagendar ante imprevistos, ya sea por imposibilidad o por desconocimiento de los canales disponibles.

Se presenta un formato breve y replicable, de 30 a 45 minutos, integrado por una exposición inicial, una dinámica de plan acción y un espacio de preguntas. La actividad se desarrolla fuera del horario habitual laboral o de estudio. Si bien el horario óptimo puede variar según el centro con el que se articule la policlínica, se sugiere realizarla entre las 17:00 y las 19:00 horas. Para promover una mayor accesibilidad, se plantea priorizar recintos con

actividades de ocio para los menores de edad que acompañen al público objetivo del plan.

10.9.2.1 Mensaje de invitación

Para favorecer la asistencia a las charlas, se sugieren dos enfoques de invitación. El primero, una invitación formal: “Se invita a una charla breve sobre cómo cuidar la salud en el tiempo desde la primera atención (Medicina General y Medicina Familiar) y cómo gestionar turnos ante un imprevisto. Al finalizar, se entrega una guía simple para cancelar o reagendar. CTA: Confirmar asistencia / acercarse el día y hora indicados; llevar lapicera para anotar canales de contacto. [PENDIENTE: mecanismo de confirmación]”. El segundo, de tono más cercano, se recomienda para organizaciones con un perfil más casual o juvenil: “Te invitamos a una charla corta para entender por qué la consulta no es un trámite, cómo cuidarte en el tiempo y qué hacer si se te complica un turno (cancelar o reagendar sin culpa). Te llevas una guía con pasos simples.”. Se recomienda que la convocatoria sea realizada por los médicos expositores en asesoramiento por comunicadores, apuntando a la asistencia de familias, ya que parte del público tiene hijos y esto puede poner en duda su asistencia.

10.9.2.2 Piezas necesarias

Se requiere un espacio con sillas, de fácil acceso, con iluminación adecuada, baño disponible y condiciones aptas para la circulación de personas. Si se dispone de dispositivos de sonido, se recomienda utilizar para mejorar la audición. Caso contrario, la charla debe tener un aforo más reducido, a fin de priorizar la calidad del mensaje y favorecer una mayor interacción con los pacientes.

Para el diseño de los materiales, se sugiere trabajo conjunto entre médicos y especialistas en comunicación. En cuanto a la exposición, se propone un *flyer* A5 titulado ‘Consulta y seguimiento’, que acompañe el discurso con el siguiente mensaje: “La consulta no es un trámite: es cuidar la salud en el tiempo. Primer paso: consultar a tiempo en el primer nivel. Si no podés venir: cancelá o reagendá y liberas el turno.”. Este material se complementa con una tarjeta ‘Plan B del turno’ (en formato A7 o recortable) que presenta, de forma clara y concisa, los pasos a seguir cuando el paciente no puede o no desea asistir a la consulta, e incluye los canales para avisar, cancelar o reagendar, así como el canal por dónde se recibe la confirmación de una nueva fecha. Se plantea la siguiente formulación: “Si no puedo asistir: 1) aviso por ____2) cancelo/reagendo 3) confirmo la nueva fecha.”. La tarjeta debe prever un espacio para completar canal y horario, se entrega al cierre de la charla y queda en poder del paciente. Finalmente, el guion debe contener un punteo de temas a tratar ordenados según criterio de expositores, respuestas a preguntas frecuentes y mensajes de derivación en casos no previstos. La promoción del evento (materiales y contacto con referentes), requiere tres semanas de planificación. De forma paralela, es fundamental coordinar con la institución anfitriona las tareas de preparación, así como la fecha y la hora de realización de la exposición, lo que demanda dos semanas. En consecuencia, la planificación lleva un mes completo, luego del cual se realizan las primeras exposiciones. La evaluación de métricas

debe realizarse en cada charla, proyectando al menos dos por semestre.

10.9.2.3 Flujo de implementación

Se coordina con la institución anfitriona la fecha, horario y sede de la actividad, definiendo el canal principal presencial como formato de encuentro de 30 a 45 minutos. Se diseñan las piezas de convocatoria para el canal secundario impreso: *flyers*, afiches y materiales de difusión interna del centro comunitario, colegio u organización barrial (para facilitar la presencia de familias, se recomienda elegir una locación con espacio de juegos para menores de edad). Se difunde la actividad por medio del canal secundario, apoyándose en referentes del centro, docentes, familias y redes barriales. Finalmente, se realiza la actividad por el canal principal, la charla presencial, con exposición, dinámica breve y espacio de preguntas. Al cierre del encuentro, entregar por el canal impreso presencial la guía A5 y 'Plan B del turno'. Se registra asistencia, preguntas frecuentes y resultados de cada charla para evaluar al menos dos instancias por semestre (seis meses). Pasados doce meses, corresponde evaluar los resultados acumulados y analizar la continuidad de la iniciativa como política de la policlínica.

10.10 Costos estimados

El presupuesto pretendido para la aplicación del plan en ambas policlínicas, por un período de seis meses, es de unos 704 mil pesos (sin IVA incluido). Este monto surge a partir de inferencias, costos ya asumidos dentro de la estructura de las policlínicas (ejemplo: ya se imprimen comprobantes para las consultas). Los costos del envío automatizado pueden variar de acuerdo con la calidad de las bases de datos donde las policlínicas tienen registrados los contactos de los pacientes. A su vez, el acceso a proveedores para material en cuanto a las acciones en territorio, los montos pueden oscilar dependiendo del cobro (o no) por parte de los médicos en las exposiciones verbales. Finalmente, se excluyen los valores en materia de impuestos, dado que varían en cada caso.

10.11 Indicadores clave de desempeño

Para medir el éxito del plan, se plantean los siguientes *KPIs*: En cuanto al eje uno, se estima un período de seis meses para aumentar un 10 % el porcentaje actual de consultas canceladas con anticipación (período mayor a 24 horas). Con respecto al eje dos, en un período de seis meses, aumentar un 10 % el porcentaje actual de reagendas. Finalmente, como meta global del plan se espera, en un período de doce meses, reducir el porcentaje de inasistencias de pacientes a consulta programada en un 5 %.

11. Conclusión del trabajo

Los resultados muestran que la inasistencia a consultas médicas no urgentes en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo no se puede reducir a una decisión individual. En las policlínicas Casavalle y Los Ángeles, se combinan: dificultades de acceso, demoras en la agenda, exigencias cotidianas y desigualdades territoriales. Pero también revela una dimensión específicamente comunicacional, vinculada con la forma en que los usuarios comprenden la consulta, se relacionan con la institución y sostienen (o no) su vínculo con el sistema de salud. La comunicación no aparece como un aspecto accesorio del problema, sino como una pieza clave para entender su dinámica en el primer nivel de atención.

El trabajo permite identificar con mayor precisión dónde y cómo se expresa esta problemática. Los resultados muestran que la inasistencia se concentra con mayor claridad en adultos jóvenes de 20 a 34 años y adquiere una relevancia territorial particular en Casavalle y Los Ángeles, con mayor intensidad en la primera. Asimismo, el abordaje mixto (basado en análisis de bases de datos, encuesta y entrevistas) permite articular tendencias cuantitativas con datos cualitativos (experiencias concretas de usuarios, trabajadores y referentes comunitarios). Esa conexión hace visible que la inasistencia se produce en una trama donde intervienen factores materiales y organizacionales, pero también hábitos, percepciones y mediaciones comunicacionales que condicionan la relación con la atención en salud.

Uno de los aportes centrales del estudio consiste en mostrar que la comunicación forma parte del problema en al menos dos planos. Por un lado, inconsistencias entre los mecanismos de comunicación que las policlínicas afirman utilizar y los recordatorios que efectivamente reciben los pacientes. En varios casos, el comprobante en papel aparece como único recordatorio real de la consulta, lo que incrementa el peso del olvido y debilita la cancelación o la reorganización oportuna del turno. Por otro lado, existe una relación predominantemente reactiva con la salud: la consulta tiende a valorarse ante el dolor o la urgencia, mientras que los controles y seguimientos pierden centralidad cuando no existe malestar inmediato. Esa lógica también un elemento comunicacional, en tanto expresa déficits en la circulación de sentidos sobre el cuidado, la prevención y la continuidad asistencial.

La investigación permite reconocer que, en Casavalle y Los Ángeles, la comunicación no se limita a canales o soportes, sino que incluye el vínculo interpersonal que la institución construye con sus usuarios. Las entrevistas destacan el valor de un trato cercano, amable y humano, así como la importancia de la continuidad con un mismo médico de referencia, del acompañamiento de trabajadores sociales y agentes comunitarios; y de una experiencia de atención que haga sentir al paciente esperado y reconocido. Esto resulta especialmente relevante en policlínicas barriales como Casavalle y Los Ángeles, donde la cercanía territorial y la inserción comunitaria ofrecen condiciones favorables para fortalecer la comunicación entre el paciente y la institución.

Estos resultados justifican el plan y sus tres ejes (cancelación oportuna,

reprogramación y educación para revalorizar la consulta y el concepto de salud) responden de manera específica a las brechas detectadas: la falta de mecanismos claros y unificados para gestionar turnos, la necesidad de sostener el vínculo cuando existen impedimentos concretos para asistir y la necesidad de promover una concepción menos reactiva y más preventiva del cuidado. La propuesta reconoce que la comunicación no resuelve por sí sola las restricciones materiales, territoriales y organizacionales que atraviesan a las policlínicas estudiadas, pero plantea la posibilidad de intervenir sobre aspectos evitables del problema y robustecer la relación entre usuarios, equipos de salud e institución.

La inasistencia a consultas no urgentes no sólo constituye un problema de acceso y continuidad del cuidado, sino también un problema de comunicación en salud. La investigación muestra que, en policlínicas como Casavalle y Los Ángeles, la calidad de los canales, la claridad de los mensajes y la solidez del vínculo institucional inciden de manera concreta en la asistencia, la cancelación y la reprogramación de consultas. El principal aporte del proyecto es mostrar que es posible intervenir comunicacionalmente en parte del problema: mejorando los recordatorios, optimizando el uso de turnos y reforzar el sentido preventivo de la consulta (fortaleciendo el primer nivel de atención como un espacio de cuidado sostenido, preventivo y próximo a la comunidad).

12. Referencias bibliográficas

12.1 Referencias teóricas, metodológicas y académicas

Barthes, R. (1993). *La aventura semiológica* (2.ª ed.; R. Alcalde, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1985).

Barthes, R. (1968). La muerte del autor (C. Fernández Medrano, Trad.). *Revista Manteia*, (5). https://www.academia.edu/11631987/La_muerte_del_autor_Barthes_Roland

Catalán-Matamoros, D., Muñoz-Cruzado y Barba, M., & Fuentes Hervías, M. T. (2010). Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(1), 50-65. https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3426

Chihu Amparán, A. (2012). La teoría del framing: Un paradigma interdisciplinario. *Acta Sociológica*, (59), 77-101. https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2012.59.33119

Cohen, N., & Gómez Rojas, G. (2019). *Metodología de la investigación cualitativa, ¿para qué?: La producción de datos y diseños*. Teseo. https://libreria.clacso.org/publicacion.php?p=1543&c=1

Eco, U. (2009). *Cultura y semiótica* (M. León & C. Vázquez de Praga, Trads.). Círculo de Bellas Artes.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (2006). *Frame analysis: Los marcos de la experiencia* (J. L. Rodríguez López, Trad.). Centro de Investigaciones Sociológicas. https://doi.org/10.5477/cis/mon.227.630

Goffman, E. (1986). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Northwestern University Press. https://archive.org/details/frameanalysisess00goff_1

Gomezcoello, M. A., Ontaneda Andrade, S. E., & Sandoya Valdiviezo, C. T. (2020). Análisis de los modelos de comunicación en salud bajo un enfoque individual-social y el uso de los tipos comunicacionales por etapas. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. https://www.eumed.net/rev/cccss/2020/06/medios-comunicacion-salud.html

Hernández, I. R. (19 de abril de 2011). *Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos*. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3750541.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.

Jakobson, R. (1975). Lingüística y poética. En *Ensayos de lingüística general* (J. M. Pujol & J. Cabanes, Trads.; pp. 347-395). Seix Barral. https://lenguajesartisticos1.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/03/jackobson-roman-ensayos-de-lingc3bcistica-general.pdf

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Siciliani, L., Lafortune, G., Fujisawa, R., Vuik, S., & Hewlett, E. (2023). A review of policies to reduce waiting times for health services across OECD countries. *Nordic Journal of Health Economics*, *11*(1), 162-181. https://doi.org/10.5617/njhe.10214

Stewart, L. (s.f.). *Método comparativo constante en la investigación cualitativa*. https://atlasti.com/es/research-hub/metodo-comparativo-constante

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (E. Zimmerman, Trad.). Editorial Universidad de Antioquia. (Trabajo original publicado en 1990).

Sybing, R. (s.f.). *¿Qué es la codificación axial en la investigación?* https://atlasti.com/es/research-hub/codificacion-axial

Triglia, A. (30 de mayo de 2015). *La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura*. Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/social/bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social

Zambrano Jiménez, W. F., Macías Quiroz, D. M., Fernández Sánchez, J. A., & Zambrano Cevallos, S. M. (2024). Factores determinantes de la inasistencia a las citas médicas: Un enfoque mixto. *Minerva, 5*(14), 52-62. https://doi.org/10.47460/minerva.v5i14.163

12.2 Documentos institucionales, técnicos y estadísticos

Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE]. (30 de mayo de 2025). *20*

prioridades y desafíos del Directorio de ASSE. https://www.asse.com.uy/contenido/20-prioridades-y-desafios-del-Directorio-de-ASSE-15126

Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE]. (8 de febrero de 2017). *ASSE mantiene vigentes más de 350 convenios de complementación con prestadores privados*. https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-mantiene-vigentes-mas-de-350-convenios-de-complementacion-con-prestadores-privados-9585

Astorga, I., Lagos, G., & Dalaison, W. (18 de septiembre de 2024). *¿Cómo mejorar la resiliencia de la infraestructura hospitalaria frente a los efectos del cambio climático? La experiencia de El Salvador*. Banco Interamericano de Desarrollo. https://www.iadb.org/es/blog/salud-nutricion-y-poblacion/como-mejorar-la-resiliencia-de-la-infraestructura-hospitalaria-frente-los-efectos-del-cambio

Banco de Previsión Social. (s.f.). *Fondo Nacional de Salud (FONASA)*. https://www.bps.gub.uy/10310/fondo-nacional-de-salud-fonasa.html

Bonapelch, S., Cárpena, C., & Fuentes, G. (2021). *Desarrollo de un modelo sistemático para la planificación de especialidades médicas en Uruguay: Informe final*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20final_Brechas%20de%20especialidades%20medicas%20en%20Uruguay.pdf

Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines. (5 de septiembre de 2024). *Hacia un sistema de salud sostenible: Los desafíos urgentes de Uruguay según CERES*. https://www.cefa.com.uy/post/hacia-un-sistema-de-salud-sostenible-los-desaf%C3%ADos-urgentes-de-uruguay-seg%C3%BAn-ceres

Dalaison Boichuk, W. I., Sandoval Pedroza, J. M., Ortíz, J. L., & Avendano Paez, A. M. (12 de noviembre de 2024). *Cambio climático y salud: ¿Cómo puede contribuir la infraestructura del sector a las metas climáticas?* Banco Interamericano de Desarrollo. https://blogs.iadb.org/sostenibilidad/es/cambio-climatico-salud-infraestructura

Instituto Nacional de Estadística [INE], & Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento [Agesic]. (2025). *Encuesta de usos de tecnologías de la información y la comunicación (EUTIC) 2024: Informe de resultados*. https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/sites/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/files/2025-11/_Informe_EUTIC_2025.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (16 de diciembre de 2024). *Censo 2023: Población por rango de edad*. https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/censo-2023-poblacion-rango-edad

Intendencia de Montevideo. (2025). *Atenciones en policlínica 2025* [Conjunto de datos]. Portal de Datos Abiertos. https://ckan.montevideo.gub.uy/dataset/poblacion-atendida-por-las-policlinicas-de-las-intendencia-de-montevideo/resource/d1f2da15-911a-4172-997f-a83946d6345d

Intendencia de Montevideo. (julio de 2024). *Información física y sociodemográfica por municipio*. https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/ech2022municipiosfinal_0.pdf

Intendencia de Montevideo. (s.f.-b). *Portal institucional: Salud*. https://montevideo.gub.uy/area-tematica/salud-y-alimentacion/policlinicas/policlinicas-barriales

Ministerio de Ambiente. (s.f.). *Plan Nacional de Gestión de Residuos*. https://www.ambiente.gub.uy/oan/residuos_/residuos_/

Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). *Distribución porcentual de las personas según quintil de ingresos por institución prestadora de salud* [Indicador]. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/distribucion-porcentual-personas-segun-quintil-ingresos-institucion-prestadora-salud

Ministerio de Salud Pública. (2025a, 29 de octubre). *Proyecto de Presupuesto Nacional 2025-2029: Inciso 12 - MSP*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentacio%CC%81n%20Cristina%20Lustemberg%20en%20Com%20Hac%20y%20Presupuesto.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2025b, 22 de enero). *Ajuste de cuotas, cápitas y tasas moderadoras - Enero 2025*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/ajuste-cuotas-capitas-tasas-moderadoras-enero-

2025
Ministerio de Salud Pública. (2024a, 12 de agosto). *Informe múltiple cobertura a diciembre 2023*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-multiple-cobertura-diciembre-2023
Ministerio de Salud Pública. (2024b, 14 de marzo). *Modalidad y plazos: Modalidad de acceso a las prestaciones de salud mental dispuestos en el Decreto 305/011*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/modalidad-plazos
Ministerio de Salud Pública. (2014). *Gestión del acceso oportuno y de calidad a la atención en salud*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gesti%C3%B3n%20del%20acceso.pdf
Moovit. (s.f.). *Índice de transporte público - Montevideo, Uruguay*. https://moovitapp.com/index/es-419/transporte_p%C3%BAblico-linesIndex-Montevideo-1-1672
Office of Disease Prevention and Health Promotion. (s.f.). *Healthy People 2030: Comunicación de salud*. https://odphp.health.gov
Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *OECD health data 2024 questionnaire - definitions*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/oecd-health-data-2024-questionnaire-definitions.pdf
Payssé, B., & Villar, F. (2 de junio de 2025). *Respuesta a la solicitud de acceso a la información pública ID 7069* [Documento institucional]. Administración de los Servicios de Salud del Estado.
Presidencia Uruguay. (30 de diciembre de 2025). *Nueva metodología de cálculo para el Seguro Nacional de Salud*. https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/nueva-metodologia-calculo-para-seguro-nacional-salud
Presidencia Uruguay. (21 de mayo de 2021). *Acuerdo entre ASSE y Cudim posibilitará unos 8000 estudios anuales de resonancia magnética para usuarios del prestador estatal de salud*. https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/acuerdo-entre-asse-cudim-posibilitara-8000-estudios-anuales-resonancia
Servicio de Geomática - Intendencia de Montevideo. (14 de diciembre de 2011). *Municipios de Montevideo* [Mapa]. https://geoweb.montevideo.gub.uy/geonetwork/geonetwork/api/records/b0a2cf85-af7a-4aac-998f-da124ac7d073
World Health Organization. (2018). *Health systems strengthening glossary*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf
World Health Organization. (s.f.). *About WHO's work on health inequality monitoring*. https://www.who.int/data/inequality-monitor/about

12.3 Normativa legal y documentos oficiales

Intendencia de Montevideo. (s.f.-a). *Digesto Departamental*. https://normativa.montevideo.gub.uy/
Organización Mundial de la Salud. (15 de septiembre de 2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Reformas adoptadas en la 51a Asamblea Mundial de la Salud*. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1
Presidente de la República (actuando en Consejo de Ministros). (30 de marzo de 2023). *Adecuación de la regulación de cambios de prestador de salud amparados al seguro nacional de salud*. [Decreto N.º 114/023]. DO: 31.153. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/114-2023
Presidente de la República (Poder Ejecutivo). (18 de septiembre de 2019). *Aprobación de normas para la gestión integral de residuos*. [Ley N.º 19.829]. DO: 30.284. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19829-2019
Presidente de la República. (29 de febrero de 2016). *Reglamentación de los procedimientos de habilitación de servicios de salud y/o incorporación de equipamiento médico que se tramitan ante el MSP*. [Decreto N.º 60/016]. DO: 29.420. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/60-2016
Presidente de la República (Poder Ejecutivo). (26 de diciembre de 2014). *Régimen de residencias*

médicas hospitalarias. Derogación de las leyes 18.438 y 18.459. [Ley N.º 19.301]. DO: 29.126. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19301-2014

Presidente de la República. (7 de diciembre de 2012). *Constitución de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (R.I.E.P.S.)*. [Decreto N.º 392/012]. DO: 28.615. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/392-2012

Presidente de la República (actuando en Consejo de Ministros). (23 de agosto de 2011). *Inclusión en el Decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el "Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud"*. [Decreto N.º 305/011]. DO: 28.304. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011

Presidente de la República. (27 de julio de 2009). *Autorización de postergación de los procedimientos quirúrgicos no urgentes*. [Decreto N.º 342/009]. DO: 27.786. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/342-2009

Presidente de la República (Poder Ejecutivo). (15 de agosto de 2008). *Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud*. [Ley N.º 18.335]. DO: 27.554. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008

Presidente de la República (Poder Ejecutivo). (2007a, 5 de diciembre). *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. [Ley N.º 18.211]. DO: 27.384. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007

Presidente de la República. (2007b, 28 de septiembre). *Reglamentación del tiempo de espera para acceder a consultas de medicina general, especialidades médicas y quirúrgicas*. [Decreto N.º 359/007]. DO: 27.338. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/359-2007

Presidente de la República (Poder Ejecutivo). (2007c, 29 de julio). *Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado*. [Ley N.º 18.161]. DO: 27.295. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007

Presidente de la República. (22 de noviembre de 2001). *Aprobación del marco regulatorio de la asistencia médica*. [Decreto N.º 455/001]. DO: 25.896. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/455-2001

Presidente de la República (Poder Ejecutivo). (28 de noviembre de 2000). *Ley de protección del medio ambiente*. [Ley N.º 17.283]. DO: 25.663. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17283-2000

12.4 Fuentes periodísticas y sitios web

Atlantis University. (s.f.). *La importancia de la comunicación efectiva en los hospitales: Casos de éxito y mejores prácticas*. https://atlantisuniversity.edu/es/au_blog/comunicacion-efectiva-en-salud/

Cabrera, S., & Bartaburu, F. (s.f.). *El mapa de los homicidios en Montevideo: Las calles y esquinas más peligrosas y el avance del poder narco*. El País. https://www.elpais.com.uy/que-pasa/el-mapa-de-los-homicidios-en-montevideo-las-calles-y-esquinas-mas-peligrosas-y-el-avance-del-poder-narco

Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Diccionario médico: Comunicación terapéutica*. https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/comunicacion-terapeutica

Contreras, L. (26 de abril de 2022). *La impresión 3D en la medicina, una herramienta para salvar nuestras vidas*. 3Dnatives. https://www.3dnatives.com/es/la-impresion-3d-en-la-medicina-26042022/

Cuberos, L. (8 de febrero de 2024). *Montevideo duplicó el presupuesto en policlínicas y las consultas crecieron 60% desde 2021*. Búsqueda. https://www.busqueda.com.uy/Secciones/Montevideo-duplico-el-presupuesto-en-policlinicas-y-las-consultas-crecieron-60-desde-2021-uc60012

El Observador. (12 de abril de 2023). *¿En qué prestadores de salud demora más conseguir hora con un médico y en cuáles menos?* El Observador. https://www.elobservador.com.uy/nota/en-que-prestadores-de-salud-demora-mas-conseguir-hora-con-un-medico-y-en-cuales-menos--202341219200

El País. (21 de abril de 2023). *Salud Pública sanciona a mutualistas y a ASSE por tiempos de espera de asistencia médica*. El País. https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/salud-publica-sanciona-a-mutualistas-y-a-asse-por-tiempos-de-espera-de-asistencia-medica

Equipo Medicover. (31 de julio de 2024). *Monitorización remota del paciente*. https://www.medicoverhospitals.in/blogs/monitorizacion-remota-de-pacientes

Faster Capital. (13 de junio de 2024). *Técnicas de autogestión, sistemas de seguimiento de la salud, hacerse cargo de su salud, el papel de los sistemas de seguimiento de la salud*. https://www.fastercapital.com

Galante, G. (7 de junio de 2023). *¿Cuánto tiempo tienen las entidades médicas para atender a sus usuarios?* Galante & Martins. https://galantemartins.com/cuanto-tiempo-tienen-las-entidades-medicas-para-atender-a-sus-usuarios/

Investigación y Ciencia. (14 de mayo de 2020). *Realidad aumentada: Cada operación depende de las gafas con que se mire*. https://www.investigacionyciencia.es/logs/medicina/realidad-aumentada

Kosak, F. (26 de septiembre de 2023). *Tiempos de demora: la principal queja de los usuarios del sistema de salud uruguayo*. Forbes Uruguay. https://www.forbesuruguay.com/lifestyle/tiempos-demora-principal-queja-usuarios-sistema-salud-uruguayo-n41360

Llevat, N. (5 de marzo de 2025). *Avances tecnológicos en la medicina*. Innovación en Formación Profesional. https://www.ifp.es/blog/avances-tenologia-medicina

Magallanes, A. (29 de abril de 2023). Preocupación en ASSE: Uno de cada tres usuarios a nivel país no asiste a consulta. *El País*. https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/preocupacion-en-asse-uno-de-cada-tres-usuarios-a-nivel-pais-no-asiste-a-consulta

Nubidoc. (28 de febrero de 2025). *¿Qué es la comunicación terapéutica y qué etapas sigue?* https://nubidoc.com/blog/comunicacion-terapeutica/

Redacción APD. (24 de junio de 2023). *Tecnología en la medicina: beneficios y avances más importantes*. APD. https://www.apd.es/tecnologia-medicina-beneficios-avances/

Sánchez, C. (8 de febrero de 2019). *Normas APA - 7ma (séptima) edición*. https://normas-apa.org/

TecSalud. (14 de febrero de 2023). *Tecnología en la salud: Su influencia e impacto*. https://www.tecsalud.mx

Velázquez, A. (s.f.). *¿Cuáles son las expectativas del cliente?* https://www.questionpro.com/blog/es/expectativas-del-cliente/

13. Anexos

13.1 Guía de entrevistas

13.1.1 Entrevista a Andrea Acosta (ingeniera en sistemas, MIDES, docente en ORT)

0. Apertura, encuadre y contexto

Objetivo del bloque: Presentarse, generar confianza, explicar el proyecto, aclarar el tipo de información que buscan (solo datos agregados, no identificables) y verificar disponibilidad de tiempo.

Cómo introducirlo (ejemplo de formulación): “Antes de empezar, me presento: mi nombre es [tu nombre], estoy trabajando en un proyecto académico sobre ausentismo en la sanidad pública y características de los territorios donde se ubican ciertas policlínicas de Montevideo. La idea de esta entrevista es conversar sobre qué tipo de datos sociodemográficos, físicos y culturales existen a nivel de municipios (en particular A, G, D y F) y, si fuera posible, sobre el entorno de una policlínica específica. Siempre hablamos de información agregada, sin datos identificables. También nos interesa saber si en tu división o en otras áreas del MIDES hay personas o equipos con los que podríamos seguir profundizando.”

Preguntas sugeridas:

- ¿Te parece bien si te cuento brevemente el proyecto y luego vamos conversando sobre los datos con los que trabajas?
- ¿Cuánto tiempo tienes disponible hoy para esta entrevista? (Verificar 30–45 minutos).
- ¿Te resulta cómodo que tome notas durante la conversación?
- Si fuera necesario, ¿te molestaría que después te envíe un correo con alguna duda puntual que surja al procesar la información?

Priorizar en este bloque: Dejar claro el carácter académico, el respeto por la confidencialidad y que no se buscan datos individuales. Asegurar clima de colaboración y acordar el tiempo.

1. Rol de la ingeniera y contexto institucional de los datos

Objetivo del bloque: Entender qué hace ella, cómo se inscribe su trabajo en el MIDES, qué tipo de bases y fuentes maneja y a qué nivel de desagregación suelen trabajar.

Cómo introducirlo:

“Para poder ubicar mejor qué es posible y qué no es posible pedirles a los datos, me gustaría primero entender un poco tu rol, tu día a día y el tipo de información con el que trabajas.”

Preguntas abiertas y sub preguntas:

- ¿Podrías contarme brevemente en qué consiste tu rol actual en el MIDES y en qué división o programa trabajas?
    - ¿Qué tipo de proyectos o productos de datos son los más frecuentes en tu trabajo?
    - ¿Los trabajos más con datos administrativos, encuestas, registros de programas, o una mezcla?

- En tu día a día, ¿qué bases de datos públicas o administrativas utilizas con más frecuencia?
    - ¿Son principalmente bases del MIDES o también integran datos de otros organismos (INE, BPS, ASSE, Intendencia, ¿etc.)?
    - ¿Qué tan integrado está todo en términos de sistemas y cruces entre bases?
- Cuando trabajan con datos territoriales, ¿cuál suele ser la unidad de análisis más habitual?
    - ¿Departamento, municipio, barrio, zona censal, radios censales, "entorno de unn servicio" (como una policlínica)?
    - ¿Qué tan fino pueden llegar en la desagregación sin comprometer la confidencialidad?

Priorizar en este bloque: Mapear bien el "mundo de datos" donde ella se mueve: tipos de bases, origen de la información, niveles de desagregación, y límites institucionales/técnicos.

2. Fuentes y variables disponibles sobre municipios A, G, D y F

Objetivo del bloque: Explorar qué datos sociodemográficos, físicos y culturales existen específicamente para los municipios A, G, D y F, y en qué formato/nivel de detalle están disponibles.

Cómo introducirlo:

"Nos interesa especialmente caracterizar los municipios A, G, D y F de Montevideo. Nos gustaría saber qué tipo de información suele estar disponible desde el MIDES (o en articulación con otros organismos) para poder entender mejor esos territorios."

Preguntas abiertas y sub preguntas:

- Pensando específicamente en los municipios A, G, D y F, ¿qué fuentes de datos o indicadores conoces que permitan caracterizarlos sociodemográficamente?
    - Por ejemplo, edad, sexo, composición de hogares, situación laboral, nivel educativo, ingresos, tipo de vivienda.
    - ¿Esos datos suelen estar accesibles a nivel de municipio, barrio o alguna otra unidad?
- Más allá de lo sociodemográfico, ¿qué tipo de información "física" del territorio suele estar disponible o con la que ustedes trabajan?

Por ejemplo: presencia de asentamientos o viviendas precarias, infraestructura urbana, servicios cercanos.

    - ¿En qué fuentes se apoya el MIDES para eso?
- ¿Con qué tipo de variables "culturales" o de prácticas sociales trabajan, si es que lo hacen?
    - Por ejemplo: participación en programas sociales, actividades comunitarias, organizaciones barriales, uso de servicios públicos.
    - ¿Cómo suelen operacionalizar ese tipo de cosas en los datos?
- De las variables que mencionaste (sociodemográficas, físicas, culturales), ¿cuáles dirías que son más estables y confiables, y cuáles tienen más problemas de calidad o

actualización?

Priorizar en este bloque: Identificar qué ya existe, en qué formato y con qué calidad. Prestar atención a las fuentes que ella mencione para luego poder citarlas/consultarlas.

3. Caracterización del entorno de una policlínica específica

Objetivo del bloque: Bajar de nivel: pasar del municipio al "entorno" de una policlínica concreta. Explorar si es viable, cómo se podría delimitar ese entorno y qué indicadores sería realista obtener.

Cómo introducirlo:

"Además del municipio en general, necesitamos entender mejor el entorno inmediato de una policlínica específica ubicada en uno de estos municipios. No buscamos datos de pacientes, sino características del territorio y de la población que vive alrededor."

Preguntas abiertas y sub preguntas:

- Desde tu experiencia, ¿qué tan viable es "delimitar" el entorno de una policlínica con datos?
    - ¿Se podría pensar en un radio geográfico (por ejemplo, cierto número de cuadras), en un conjunto de manzanas, barrios, zonas censales?
    - ¿El MIDES suele trabajar con este tipo de delimitaciones para otros servicios?
- Si pensáramos en caracterizar el entorno de esa policlínica, ¿qué variables te parecen más relevantes para entender a la población que vive allí?
    - Edad, composición del hogar, migración, situación laboral, nivel educativo, ingresos, tipo de cobertura de salud, etc.
    - ¿Hay variables que suelen ser "sensibles" y requieren cuidados especiales al ser reportadas?
- Existen experiencias previas en el MIDES donde se haya caracterizado el entorno de un servicio (no necesariamente de salud) que pueda servir como referencia metodológica?
- ¿Qué aprendieron de esas experiencias?
    - ¿Qué harías igual o distinto hoy?
- Desde el punto de vista técnico, ¿qué pasos habría que dar para pasar de la base de datos en bruto a un informe que describa el entorno de la policlínica con datos agregados?
    - Por ejemplo: georreferenciación, cruces, agregación, umbrales mínimos de casos, etc.

Priorizar en este bloque: Explorar caminos concretos: cómo se delimita el entorno, qué variables son prioritarias, y qué experiencias previas pueden orientar la metodología.

4. Calidad, limitaciones, riesgos y resguardos de confidencialidad

Objetivo del bloque: Entender los límites éticos, legales y técnicos para compartir información agregada y qué condiciones deberían cumplirse.

Cómo introducirlo:

"Nos interesa hacerlo todo respetando los marcos éticos y legales. Por eso queremos entender bien cuáles son los límites y resguardos necesarios para trabajar con datos territoriales, incluso cuando son agregados."

Preguntas abiertas y sub preguntas:

- Cuando trabajan con datos territoriales que pueden reflejar situaciones de vulnerabilidad, ¿qué criterios usan para decidir el nivel de desagregación que se puede publicar o compartir?
    - ¿Hay umbrales mínimos de cantidad de casos para mostrar un indicador?
    - ¿Se agrupan categorías para evitar identificar perfiles muy específicos?
- ¿Cuáles dirías que son las principales limitaciones o riesgos al trabajar con datos en territorios pequeños o muy vulnerables?
    - ¿Hay variables que directamente prefieren no difundir a cierto nivel de detalle?
- Desde el punto de vista normativo, ¿qué marcos (leyes, reglamentos internos, protocolos) guían el uso y la difusión de datos en el MIDES?
    - ¿Suele requerirse algún tipo de autorización formal para compartir información agregada con universidades?
    - Si nosotros quisiéramos solicitar un conjunto de indicadores agregados del entorno de la policlínica, ¿qué cosas deberíamos tener en cuenta para que el pedido sea realista y respetuoso de esos límites?

Priorizar en este bloque: Registrar claramente "hasta dónde se puede llegar" y en qué condiciones. Esto te va a marcar el marco de lo posible para tu investigación.

5. Formatos posibles de información y apoyo técnico

Objetivo del bloque: Explorar qué tipo de productos son viables (tablas, mapas, informes) y hasta qué punto ella o su equipo pueden colaborar en la interpretación.

Cómo introducirlo:

"Más allá de qué datos existen, también nos importa saber en qué formato sería razonable esperar recibir información, y si hay margen para algún apoyo técnico o metodológico."

Preguntas abiertas y sub preguntas:

- En tu experiencia, cuando colaboran con universidades u otras instituciones, ¿qué tipo de productos de datos suelen entregar?
    - Tablas en Excel, reportes PDF, mapas, *dashboards*, etc.
    - ¿Qué formato facilita más el trabajo y resguarda mejor la confidencialidad?
- Si piensas en nuestra necesidad concreta (municipios A, G, D, F y entorno de una policlínica), ¿qué formato te parece más realista para compartir información agregada?
    - ¿Un set de indicadores definidos por ustedes?
    - ¿Un informe ya armado?
    - ¿Una base con variables seleccionadas?

- ¿Hasta qué punto ustedes suelen participar en la interpretación de los datos con los equipos externos?
    - ¿Es común que tengan instancias de devolución o de análisis en conjunto? Priorizar en este bloque:

Alinear expectativas sobre qué se puede obtener (y cómo). Esto te ayudará a planificar tus análisis y gráficos después.

6. Puertas de entrada, contactos y próximos pasos

Objetivo del bloque: Conseguir rutas concretas para avanzar: personas, áreas, mecanismos formales de solicitud de datos y eventuales tiempos.

Cómo introducirlo:

"Finalmente, nos interesa saber cuál sería el mejor camino para formalizar un pedido de información o para seguir profundizando este trabajo con el MIDES."

Preguntas abiertas y sub preguntas:

- En tu opinión, ¿cuál sería el camino institucional adecuado para solicitar formalmente información agregada como la que estuvimos conversando?
    - ¿Hay algún formulario, correo oficial o canal específico para este tipo de pedidos?
- Pensando en tu equipo y en otras áreas del MIDES, ¿hay alguna persona o unidad que creas que podría ser clave para profundizar en aspectos específicos (por ejemplo, georreferenciación, análisis territorial, coordinación con otros organismos)?
    - ¿Sería posible que nos compartieras contactos o que nos indicaras cómo llegar a ellos?
- A partir de lo que conversamos hoy, ¿qué te parece razonable esperar en términos de plazos para una respuesta a un pedido de datos de este tipo?
    - ¿Hay épocas del año donde la carga de trabajo hace más difícil este tipo de colaboraciones?
- ¿Te gustaría que, más adelante, te compartamos algún resultado o informe de nuestro trabajo para que veas en qué se usaron los datos?

Priorizar en este bloque: Salir de la entrevista con al menos un "siguiente paso" claro: contacto, vía formal, tipo de pedido, plazos plausibles.

7. Cierre y agradecimiento

Objetivo del bloque: Cerrar en buenos términos, ofrecer devolución y chequear si quedó algo importante sin mencionar.

Cómo introducirlo:

"Ya estamos llegando al final. Me gustaría hacerte una última pregunta abierta y luego agradecerte el tiempo."

Preguntas finales:

- ¿Hay algo que no te haya preguntado y que te parezca importante para entender mejor estos territorios o las posibilidades y límites de trabajar con datos en este tema?
- ¿Tienes alguna recomendación o advertencia para nosotros como equipo académico que

va a trabajar con estos datos?

- ¿Te gustaría agregar algún comentario final o hacer alguna pregunta sobre el proyecto?

Cierre (sugerencia de frase): “Muchísimas gracias por tu tiempo y por toda la información que compartiste. Nos ayuda mucho a aterrizar qué es posible hacer con los datos y cómo hacerlo de forma responsable.

Si estás de acuerdo, en los próximos días te envío por correo un breve resumen de lo conversado y, más adelante, los resultados principales del proyecto.”

13.1.2 Entrevista a médica familiar de policlínica de la Intendencia de Montevideo

1. Guion de apertura (2–4 minutos)

Mi nombre es [tu nombre] y estoy realizando un trabajo de investigación sobre la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria y sobre cómo se vive la atención en el territorio de Casavalle, en particular en esta policlínica de la Intendencia de Montevideo.

El objetivo de esta conversación es que me cuentes, desde tu experiencia, cómo es tu trabajo cotidiano como médica familiar y comunitaria y cómo ves a las personas que se atienden acá: cómo viven, cómo se relacionan con la salud y con la policlínica, y también cómo se dan situaciones como las inasistencias a las consultas.

La entrevista va a durar aproximadamente entre 30 y 40 minutos. No hay respuestas correctas o incorrectas, me interesa tu mirada y tu experiencia. Todo lo que compartas será tratado de forma confidencial y se utilizará solo con fines académicos. En caso de que cite algo de lo que digas, será de forma anónima, sin datos que permitan identificarte.

¿Te parece bien si grabamos la conversación para poder escucharla después y no perder información? La grabación es solo para uso de la investigación.

¿Tienes alguna duda antes de comenzar?

(Esperar respuesta y consentimiento. Si acepta grabación, comenzar a grabar y avisar). Perfecto, si te parece empezamos con unas preguntas sobre tu trabajo en la policlínica.

2. Bloques temáticos y preguntas

Bloque 1. Rol y tareas del médico familiar y comunitario en Casavalle

(aprox. 8–10 minutos)

Pregunta principal 1.1

Si tuvieras que describir brevemente tu rol como médica de Medicina Familiar y Comunitaria en esta policlínica de Casavalle, ¿cómo lo contarías?

Posibles repreguntas / profundización:

- ¿Qué tipo de tareas realizas en tu día a día?
- En qué sentís que se diferencia tu rol del de otros médicos de primer nivel de atención?

- ¿Qué lugar tiene, para vos, la “comunidad” dentro de tu trabajo cotidiano?

Pregunta principal 1.2

Pensando en un día típico de trabajo acá en la policlínica, ¿cómo suele transcurrir tu jornada?

Repreguntas posibles:

- ¿Qué tipo de consultas ves con más frecuencia?
- Además de la consulta clínica, ¿qué otras actividades realizas? (por ejemplo, trabajo en equipo, actividades comunitarias, coordinación con otros servicios…).
- ¿Hay diferencias entre los distintos días de la semana o turnos (mañana, tarde)?

Pregunta principal 1.3

En general, ¿qué aspectos de tu trabajo te resultan más satisfactorios y cuáles te resultan más desafiantes?

Repreguntas posibles:

- ¿Hay situaciones o tipos de consulta que te generen especial satisfacción profesional?
- ¿Qué situaciones te generan más frustración o preocupación?
- ¿Sentís que el modelo de Medicina Familiar y Comunitaria se puede desplegar plenamente en este contexto? ¿Por qué?

Bloque 2. Experiencias con inasistencias a consultas no urgentes

(aprox. 8–10 minutos)

Pregunta principal 2.1

En tu experiencia en la policlínica de Casavalle, ¿qué tan frecuente es que las personas falten a las consultas que tenían agendadas y que no son urgentes?

Repreguntas posibles:

- ¿Visualizas que haya grupos en los que las inasistencias sean más frecuentes? (por ejemplo, por edad, género, tipo de consulta…).
- ¿Hay días u horarios en los que esto se dé más?
- ¿Cómo se entera el equipo de que hubo una inasistencia (sistema, agenda, comentarios)?

Pregunta principal 2.2

Cuando un usuario no asiste a la consulta que tenía agendada, ¿cómo impacta eso en tu trabajo y en la organización de la policlínica?

Repreguntas posibles:

- ¿Qué pasa con ese turno? ¿Se pierde, se reasigna, se sobrecarga otro momento?
- ¿Cómo repercute en los tiempos de espera para otros usuarios o en tu carga de trabajo?
- ¿Esto genera alguna sensación particular en el equipo (por ejemplo, frustración, preocupación, resignación)?

Pregunta principal 2.3

Desde tu perspectiva, ¿cuáles crees que son las principales razones por las que las personas no concurren a las consultas no urgentes?

Repreguntas posibles:

- ¿Qué factores del entorno piensas que influyen? (trabajo, transporte, cuidados de hijos, inseguridad, economía…).
- ¿Qué factores propios del sistema de salud o de la policlínica pueden estar relacionados? (tiempos de espera, dificultades para conseguir turno, experiencias previas…).
- ¿Qué lugar crees que ocupa la percepción de la propia salud ("cómo me siento", "qué tan grave lo veo") en la decisión de asistir o no?

Pregunta principal 2.4 *(opcional, si hay tiempo)*

¿Se han implementado o discutido en la policlínica estrategias para disminuir las inasistencias? ¿Cómo las valoras?

Repreguntas posibles:

- ¿Qué cosas sentís que han ayudado o podrían ayudar?
- ¿Qué limitaciones encuentran para implementar cambios?
- Si pudieras proponer una medida concreta y realista para reducir inasistencias, ¿cuál sería?

Bloque 3. Perfil y vida cotidiana de los usuarios de la policlínica

(aprox. 10–12 minutos)

Pregunta principal 3.1

Pensando en la población que se atiende en esta policlínica de Casavalle, ¿cómo describirías a los usuarios que ves con más frecuencia?

Repreguntas posibles:

- ¿Qué rangos de edad y perfiles familiares suelen aparecer más? (por ejemplo, familias con niños, adultos jóvenes, personas mayores…)?
- ¿Cómo describirías, en general, la situación socioeconómica y laboral de tus usuarios?
- Notas diferencias según género, origen (migración interna/externa) u otras características?

Pregunta principal 3.2

Desde tu mirada, ¿cómo se relacionan las personas de la zona con la salud, la enfermedad y los servicios de salud?

Repreguntas posibles:

- ¿Suelen consultar de forma preventiva o más bien cuando el problema está avanzado?
- ¿Cómo ves el uso de la urgencia en comparación con la policlínica de referencia?

- ¿Qué papel tienen las experiencias previas con el sistema de salud (buenas o malas) en esa relación?

Pregunta principal 3.3

Si tuvieras que contar cómo es un día “típico” en la vida de muchos de tus pacientes de Casavalle, ¿cómo lo describirías?

Repreguntas posibles:

- ¿Qué lugar ocupan el trabajo, los cuidados de la familia, los traslados, los trámites en su rutina diaria?
- ¿Qué tipo de dificultades cotidianas suelen aparecer que puedan interferir con el cuidado de la salud o con asistir a la policlínica?
- ¿Hay espacios de apoyo comunitario (familia extensa, redes barriales, organizaciones) que reconozcas como importantes en su día a día?

Pregunta principal 3.4

En ese contexto que describís, ¿qué lugar sentís que ocupa la salud en las prioridades cotidianas de tus pacientes?

Repreguntas posibles:

- ¿En qué situaciones ves que la salud queda postergada frente a otras urgencias de la vida diaria?
- ¿Cuándo sentís que la salud “se vuelve prioridad” para ellos?
- ¿Hay diferencias entre cómo valoran la salud propia y la de sus hijos u otros familiares?

Bloque 4. Vínculo con asistentes sociales y otros actores del territorio

(aprox. 8–10 minutos)

Pregunta principal 4.1

En tu trabajo en la policlínica y en el territorio de Casavalle, ¿con qué otros profesionales o dispositivos comunitarios suelen articular?

Repreguntas posibles:

- ¿Con qué frecuencia articulan con asistentes sociales?
- ¿Qué otros actores suelen estar presentes? (por ejemplo, psicología, educación, organizaciones barriales, merenderos, clubes, ONG…).
- ¿En qué situaciones sentís que es más importante esa articulación?

Pregunta principal 4.2

En particular, ¿cómo es el vínculo y el trabajo conjunto con los/as asistentes sociales de la zona?

Repreguntas posibles:

- ¿En qué tipos de casos soles derivar o pedir apoyo al trabajo social?
- ¿Cómo se coordinan? (reuniones, informes, contacto informal, interconsultas…).
- ¿Qué cosas valoras positivamente de ese trabajo conjunto y qué cosas se podrían

mejorar?

Pregunta principal 4.3

¿Podrías contarme alguna experiencia concreta de articulación con asistentes sociales u otros actores del territorio que te haya resultado significativa?

Repreguntas posibles:

- ¿Qué factores hicieron posible o facilitaron esa experiencia?
- ¿Qué aprendizajes te dejó, en relación con la atención en Casavalle?
- ¿Te parece que ese tipo de trabajo integrado influye en la asistencia a las consultas o en la continuidad de los cuidados? ¿Cómo?

Pregunta principal 4.4 *(opcional, si hay tiempo)* Mirando hacia adelante, ¿qué te gustaría que cambiara o se fortaleciera en la articulación entre Medicina Familiar y Comunitaria, trabajo social y otros recursos comunitarios en Casavalle?

Repreguntas posibles:

- Si tuvieras que priorizar uno o dos cambios posibles, ¿cuáles serían?
- ¿Qué crees que se necesitaría para que eso suceda? (recursos, tiempos, decisiones institucionales…).

Cierre de la entrevista (2–3 minutos)

Pregunta de cierre

Tras cerrar el último bloque, se recomienda preguntar si el entrevistado quiere añadir alguna acotación o hablar de algún tema del que no se le haya preguntado a lo largo de la entrevista. Luego de su respuesta:

Te muchísimo el tiempo y todo lo que compartiste. Esto es de gran valor para poder comprender mejor la realidad del territorio y la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria. Si queréis, cuando tenga avances del trabajo, puedo compartirte un resumen de los resultados.

13.1.3 Entrevista con Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria

Guía de entrevista semiestructurada

Entrevistada: Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria – Cátedra y Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria Modalidad: Presencial

Duración máxima: 25–30 minutos

1. Guion de apertura (2–3 minutos)

Buenas tardes, muchas gracias por recibirme.

Mi nombre es [tu nombre], soy estudiante de [facultad / carrera] y actualmente estoy trabajando en una investigación sobre la Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay y, en particular, sobre cómo se vive la problemática de la inasistencia a consultas en policlínicas, especialmente de la Intendencia de Montevideo.

El objetivo de esta entrevista es conocer mejor la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, entender qué hacen sus profesionales en la práctica cotidiana, en qué

poblaciones y territorios trabajan y cómo perciben la inasistencia a consultas.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 25 a 30 minutos. Con su permiso, voy a ir guiando la conversación con algunas preguntas abiertas.

Toda la información que usted comparta será tratada de forma confidencial y se utilizará exclusivamente con fines académicos. En los trabajos escritos o presentaciones que surjan de esta investigación no se incluirá su nombre ni datos que permitan identificarla.

¿Está de acuerdo en participar?

(Si vas a grabar) *Con su permiso, me gustaría grabar la entrevista para poder transcribirla luego con precisión. La grabación también será de uso exclusivo académico y confidencial. ¿Está de acuerdo?*

Muchas gracias. Si le parece bien, comenzamos.

Bloque 1. Trayectoria de la entrevistada y rol académico (4–5 minutos)

Objetivo: Ubicar a la entrevistada en su trayectoria profesional y en su rol dentro de la Cátedra / Unidad Académica.

Preguntas principales

1. ¿Podría contarme brevemente su trayectoria profesional y cómo llegó a la Medicina Familiar y Comunitaria?
2. ¿Cuál es actualmente su rol dentro de la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria y de la Unidad Académica de Medicina Familiar?

Repreguntas / profundización (usar según tiempo)

- ¿Hubo algún momento o experiencia clave que la motivara a elegir esta especialidad?
- En su rol actual, ¿qué tipo de tareas académicas y asistenciales desarrolla con más frecuencia?
- ¿Cómo se articula su trabajo entre la actividad asistencial y la actividad docente / académica?

Bloque 2. Definición y objetivos de la Medicina Familiar y Comunitaria (5–6 minutos)

Objetivo: Comprender cómo define la especialidad y cuáles son sus principios y metas.

Preguntas principales

1. Desde su perspectiva, ¿cómo definiría la Medicina Familiar y Comunitaria?
2. ¿Cuáles diría que son los objetivos centrales de la especialidad, tanto a nivel del individuo como de la familia y la comunidad?

Repreguntas / profundización

- ¿Qué diferencias considera que hay entre la Medicina Familiar y Comunitaria y otras especialidades clínicas en el primer nivel de atención?
- ¿Qué lugar ocupan conceptos como longitudinalidad, integralidad y enfoque familiar/comunitario en la práctica cotidiana?

- Si tuviera que explicarle a un usuario o a un estudiante “qué propone” la Medicina Familiar y Comunitaria en pocas palabras, ¿cómo lo haría?

Bloque 3. Práctica concreta de Medicina Familiar y Comunitaria: qué hacen y cómo trabajan (6–7 minutos)

Objetivo: Explorar las prácticas cotidianas, modos de trabajo y articulaciones interinstitucionales/interdisciplinarias.

Preguntas principales

1. En términos prácticos, en su experiencia, ¿qué hace un/a médico/a de Medicina Familiar y Comunitaria en su día a día asistencial?
2. ¿Con qué otros profesionales, servicios o instituciones suelen articular en la práctica habitual?

Repreguntas / profundización

- ¿Podría mencionar algunos ejemplos de actividades concretas que realice un/a Medicina Familiar y Comunitaria más allá de la consulta tradicional (visitas domiciliarias, trabajo comunitario, actividades grupales, etc.)?
- ¿Cómo se toman las decisiones clínicas y cómo se integra la dimensión familiar y social del paciente en esas decisiones?
- ¿En qué medida la especialidad incorpora el trabajo en equipo interdisciplinario y cómo se organiza ese trabajo?

Bloque 4. Poblaciones, territorios y contextos de actuación (5–6 minutos)

Objetivo: Entender en qué contextos y con qué poblaciones trabaja la MFyC, incluyendo situaciones de vulnerabilidad.

Preguntas principales

1. ¿En qué tipos de territorios, niveles de atención o dispositivos suele trabajar la Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay?
2. ¿Qué características suelen tener las poblaciones con las que ustedes trabajan con más frecuencia?

Repreguntas / profundización

- ¿Qué particularidades encuentra en el trabajo con poblaciones en situación de vulnerabilidad social (por ejemplo, barrios periféricos, asentamientos, contextos críticos)?
- ¿Cómo influyen las condiciones de vida, el territorio y los determinantes sociales de la salud en la forma de organizar la atención desde MFyC?
- ¿Hay diferencias en la práctica de MFyC cuando se trabaja en servicios de la Intendencia de Montevideo, ASSE u otras instituciones?

Bloque 5. Inasistencia a consultas en policlínicas (en especial de la IMM) (7–8 minutos)
Objetivo: Explorar el conocimiento y las percepciones de la entrevistada sobre la inasistencia, sus causas, impactos y posibles estrategias.

Preguntas principales

1. Desde su rol en la Cátedra y su experiencia asistencial, ¿conoce o ha observado la problemática de la inasistencia a las consultas en policlínicas del primer nivel de atención?
2. En caso de que la conozca, ¿cómo interpreta usted las principales causas por las que los usuarios no concurren a las consultas agendadas?

Repreguntas / profundización

- En particular, ¿tiene conocimiento o experiencia con la inasistencia en policlínicas de la Intendencia de Montevideo? ¿Hay algo que le parezca específico de ese contexto?
- ¿Qué consecuencias cree que tiene la inasistencia, tanto para los usuarios (continuidad de cuidados, salud, vínculo con el equipo) como para los servicios (tiempos de espera, organización de la agenda, carga de trabajo)?
- ¿Conoce o ha participado de estrategias o intervenciones para disminuir la inasistencia (recordatorios, cambios en la modalidad de agenda, trabajo comunitario, etc.)?
- Si pudiera proponer algunas líneas de acción o ideas para abordar la inasistencia en policlínicas de la IMM, ¿cuáles le parecerían más relevantes o viables desde la MFyC?

Cierre de la entrevista (1–2 minutos)

Muchísimas gracias por su tiempo y por toda la información que compartió.

Antes de terminar, ¿hay algo que le parezca importante agregar sobre la Medicina Familiar y Comunitaria o sobre la inasistencia a consultas que no haya quedado cubierto en las preguntas?

Le agradezco nuevamente su disposición. Esta entrevista es de gran ayuda para mi trabajo académico.

13.1.4 Entrevista en profundidad con asistente social

Esta entrevista está dirigida a un/a asistente social que trabaja con personas en situación de vulnerabilidad social. El objetivo principal es comprender mejor el perfil y el contexto de vida de estas personas, para interpretar posibles razones de la alta inasistencia a consultas y controles médicos.

Se sugiere adoptar una actitud empática, abierta y no juzgadora. Presentar la entrevista como una conversación profesional, donde la experiencia del/la asistente social es la fuente principal de conocimiento. Asegura la confidencialidad de la información (no se mencionarán nombres propios ni se identificarán casos específicos) y aclarar que no hay respuestas “correctas” o “incorrectas”: interesa su percepción experta.

Introducción:

“La idea de esta entrevista es que, a partir de tu experiencia, podamos entender mejor cómo viven, qué dificultades tienen y cómo se relacionan con la salud las personas que atiendes, especialmente para comprender por qué muchas veces no llegan a sus consultas médicas.”

Bloque 1. Contexto general del público atendido

Objetivo: Delinear el perfil sociodemográfico y la estabilidad residencial/movilidad del público.

Preguntas abiertas

- ¿Cómo describirías, en términos generales, al público con el que trabajas en tu día a día?
- ¿Qué características suelen repetirse en cuanto a edades, composición familiar, situación laboral, nivel educativo, etc.?
- ¿Notas diferencias marcadas entre distintos grupos (por ejemplo, por edad, género, origen, etc.)? ¿Podes describirlas?
- ¿Desde tu experiencia, cómo suele ser la historia de residencia de estas personas?

  ¿Tienden a ser familias “de toda la vida” del barrio o hay mucha circulación y cambios de vivienda?

Preguntas cerradas

- Si tuvieras que estimar, ¿dirías que la mayoría de las personas que atiendes:
  - a) Viven hace más de 5 años en la misma zona
  - b) Se han mudado 1 o 2 veces en los últimos 5 años
  - c) Se mudan con mucha frecuencia (más de 3 mudanzas en 5 años)
- En tu experiencia, ¿es frecuente que estas personas cambien de barrio o zona por motivos económicos (alquiler, trabajo, desalojos, etc.)?
  - Sí, muy frecuente / Algo frecuente / Poco frecuente / Casi nunca

Bloque 2. Problemáticas familiares y sociales

Objetivo: Explorar dinámicas familiares y tipos de vulnerabilidad presentes.

Preguntas abiertas

- ¿Qué formas de organización familiar son más habituales en las personas que atiendes (familias extensas, monoparentales, parejas con hijos, etc.)?
- ¿Qué tipos de conflictos o dificultades familiares aparecen con más frecuencia en tu trabajo?
- En tu experiencia, ¿cómo impactan situaciones como violencia, consumo problemático, o hacinamiento en la vida diaria de estas personas?
- ¿Podrías compartir, sin detalles identificatorios, alguna situación típica que ilustre estas problemáticas?

Preguntas cerradas

- Pensando en las familias que atiendes, ¿dirías que los problemas de violencia intrafamiliar son:
  - Muy frecuentes / Frecuentes / Poco frecuentes / Excepcionales

- ¿Con qué frecuencia encontrás situaciones de hacinamiento (muchas personas viviendo en un espacio reducido)?
    - Casi siempre / Muchas veces / A veces / Casi nunca

Bloque 3. Percepción de seguridad e impacto en la vida cotidiana

Objetivo: Entender cómo la inseguridad condiciona la vida diaria y el acceso a servicios, incluida la salud.

Preguntas abiertas

- ¿Cómo describirías la sensación de seguridad o inseguridad en la zona donde viven estas personas?
- ¿De qué manera la inseguridad influye en sus rutinas cotidianas (salir, trabajar, llevar a los niños a la escuela, ir a la policlínica, etc.)?
- ¿Has observado que la inseguridad del barrio afecte la asistencia a controles o consultas médicas? ¿Cómo?
- ¿Hay horarios o zonas “a evitar” según lo que te comentan las personas?

Preguntas cerradas

- En tu experiencia, ¿la inseguridad del barrio es un motivo por el cual las personas dejan de ir a consultas médicas?
    - Sí / No / A veces (depende del horario o del lugar)
- ¿Dirías que muchas personas evitan circular de noche incluso si tienen una consulta médica o un trámite importante?
    - Sí, la mayoría / Una parte importante / Muy pocas

Bloque 4. Dinámicas comunitarias y cultura local

Objetivo: Identificar redes de apoyo, organizaciones y creencias que influyen en el comportamiento en salud.

Preguntas abiertas

- ¿Qué tipo de redes comunitarias existen en la zona (comisiones barriales, ollas populares, clubes, iglesias, colectivos, etc.)?
- ¿Qué rol cumplen estas organizaciones en la vida cotidiana de las personas que atiendes?
- ¿Qué creencias, costumbres o valores del barrio sentís que influyen en cómo las personas enfrentan los problemas de salud?
- ¿Percibís que haya líderes comunitarios formales o informales que influyan en la confianza o desconfianza hacia los servicios de salud?

Preguntas cerradas

- ¿Dirías que las redes comunitarias funcionan más como un sostén para las personas que atiendes, o son débiles/fragmentadas?
    - Sostén fuerte / Sostén moderado / Sostén débil / Casi inexistentes
- En tu experiencia, ¿las iglesias u organizaciones religiosas influyen en la forma en que las personas entienden la enfermedad y el cuidado de la salud?
    - Mucho / Algo / Poco / Nada

Bloque 5. Dificultades cotidianas y principales necesidades

Objetivo: Revisar los obstáculos diarios y cómo priorizan necesidades básicas frente al cuidado de la salud.

Preguntas abiertas

- ¿Cuáles dirías que son las principales dificultades del día a día para las personas con las que trabajas (vivienda, alimentación, trabajo, cuidado de hijos, transporte, etc.)?
- Cuando piensas en “prioridades” de estas familias, ¿qué suele estar primero en la lista y qué queda para el final?
- ¿Qué lugar ocupa el cuidado de la salud cuando se compara con necesidades como pagar el alquiler, conseguir trabajo o alimentar a la familia?
- ¿Podrías describir un día típico de una persona o familia con la que trabajas, marcando los momentos de mayor tensión o dificultad?

Preguntas cerradas

- Si tuvieras que ordenar, en términos generales, las prioridades de las personas que atiendes, ¿pondrías la salud:
    - a) Entre las tres primeras prioridades
    - b) En un segundo nivel (después de vivienda, alimentación, trabajo)
    - c) En un tercer nivel o menos
- ¿Es frecuente que las personas te digan explícitamente que “no les da el tiempo” para ir al médico porque están ocupadas con trabajo u otras responsabilidades?
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Raro

Bloque 6. Salud y cuidados médicos

Objetivo: Comprender acceso, barreras percibidas, relación con el sistema de salud y valoración de la salud.

Preguntas abiertas

- ¿Cómo describirías el vínculo que estas personas tienen con los servicios de salud (policlínicas, hospitales, mutualistas, etc.)?

- ¿Cuáles son las barreras más frecuentes que encontrás cuando intentan acceder a atención médica (horarios, distancia, trato, trámites, etc.)?

- ¿Qué experiencias positivas y negativas suelen relatar sobre su contacto con médicos/as y otros profesionales de la salud?
- En tu experiencia, ¿cómo definen estas personas “estar bien de salud”? ¿Qué cosas consideran importantes para “cuidarse”?

  Preguntas cerradas

- Pensando en las personas que atiendes, ¿dirías que la mayoría siente que el sistema de salud:
    - a) Les brinda respuestas adecuadas
    - b) Les brinda respuestas, pero con muchas dificultades
    - c) No les brinda las respuestas que necesitan
- ¿Es habitual que las personas se sientan maltratadas o poco escuchadas por el personal de salud?
    - Sí, muy habitual / Algo habitual / Poco habitual / Casi nunca

Bloque 7. Hipótesis sobre inasistencias a controles médicos

Objetivo: Testear de forma más estructurada posibles motivos de ausentismo.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, te pido que indiques, según tu experiencia, qué tan frecuente es que explique la inasistencia a consultas o controles médicos:

“Las personas faltan a consultas médicas porque…”

- …no tienen dinero para pagar el transporte.
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca
- …no tienen con quién dejar a sus hijos u otras personas a su cuidado.
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca
- …sus horarios de trabajo o changas no son compatibles con los horarios de atención.
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca
- …no recibieron ningún recordatorio de la consulta (por ejemplo, mensaje, llamada, aviso).
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca
- …no consideran que el problema de salud sea grave o importante.
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca
- …tienen mala experiencia previa con el sistema de salud (maltrato, demoras, diagnósticos poco claros, etc.).
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca

- …sienten miedo, vergüenza o desconfianza hacia los profesionales de la salud.
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca

- …se olvidan de la consulta porque tienen demasiadas preocupaciones o imprevistos.
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca
- …la policlínica o centro de salud les queda muy lejos o el trayecto es inseguro.
    - Muy frecuente / Frecuente / Poco frecuente / Casi nunca

Preguntas cerradas de síntesis

- Si tuvieras que elegir dos motivos centrales que explican la mayoría de las inasistencias que ves, ¿cuáles serían?
- En tu opinión, ¿las inasistencias se explican más por factores:
    - a) Materiales (dinero, transporte, horarios, cuidado de hijos)
    - b) Vinculares y simbólicos (confianza, percepción de gravedad, experiencias previas)
    - c) Una combinación equilibrada de ambos

Pregunta abierta de cierre del bloque

- ¿Hay algún otro motivo importante de inasistencia que no hayamos mencionado y que consideres relevante destacar?

13.1.5 Entrevistas en profundidad a vecinos del barrio de la policlínica

Introducción (para leer antes de empezar)

Buen día, mi nombre es _____y formo parte de un equipo que está realizando un estudio sobre cómo viven el día a día las personas que se atienden en esta institución de salud, y cómo influyen su barrio y sus condiciones de vida en su salud.

Esta entrevista es confidencial: lo que usted diga no llevará su nombre ni ningún dato que permita identificarle. Su participación es totalmente voluntaria, puede no responder cualquier pregunta que le incomode y puede detener la entrevista en cualquier momento sin ningún problema.

La entrevista durará aproximadamente entre 25 y 30 minutos. No hay respuestas correctas o incorrectas; nos interesa conocer su experiencia y su opinión.

¿Está de acuerdo en participar?

(Si acepta) Muchas gracias. Si le parece, empezamos.

Bloque 1. Calentamiento y contexto general (5 min)

Objetivo: Romper el hielo, ubicar mínimamente la situación de vida sin entrar en datos muy sensibles.

Preguntas principales

1. Para empezar, ¿podría contarme un poco sobre usted? Por ejemplo, con quién vive y cómo es su día a día en general.

2. ¿Desde hace cuánto tiempo se atiende en esta institución de salud?

3. Cuando piensa en su vida cotidiana, ¿qué cosas siente que ocupan más su tiempo o su energía (trabajo, estudio, cuidados, tareas de la casa, etc.)?

Posibles repreguntas

- ¿Le gustaría contarme un poco más sobre…?
- ¿Cómo se siente usted con esa rutina?
- ¿Ha cambiado algo importante en su forma de vivir en los últimos años/meses? ¿Qué fue lo que cambió?

Bloque 2. Rutina cotidiana y hábitos (5–7 min)

Objetivo: Explorar organización del día, alimentación, sueño, transporte, ocio y cuidados.

Preguntas principales

1. Si pensamos en un día típico suyo, desde que se levanta hasta que se acuesta, ¿cómo sería?
2. ¿Cómo suele organizarse para comer durante el día? (desayuno, almuerzo, cena, picoteos).
3. ¿Cómo describiría su descanso y su sueño? ¿Suele dormir bien, se despierta de noche, se acuesta muy tarde, etc.?
4. ¿Suele caminar o moverse mucho durante el día? ¿Qué tipo de actividad física o movimiento hace habitualmente?

Posibles repreguntas

- ¿Qué cambia en su rutina entre la semana y el fin de semana?
- ¿Quiénes dependen de usted en el día a día (hijos, personas mayores, otras personas)? ¿Cómo influye eso en su rutina?
- ¿Hay algo de su rutina que a usted le gustaría cambiar por su salud, pero no puede o le cuesta? ¿Qué es lo que lo dificulta?

Bloque 3. Barrio, seguridad y fenómenos meteorológicos (5–7 min)

Objetivo: Entender percepción del entorno, seguridad, posibilidad de usar el espacio público y efecto del clima.

Preguntas principales

1. Me gustaría que me cuente un poco sobre su barrio. ¿Cómo lo describiría?
2. ¿Se siente seguro/a caminando por su barrio? ¿Es lo mismo de día que de noche?
3. Cuando hace mucho frío, calor, lluvias fuertes o tormentas, ¿eso cambia la forma en que usted se mueve o sale de su casa?
4. En su barrio, ¿siente que tiene una red de apoyo (familia, vecinos, organizaciones) a

la que pueda recurrir si necesita ayuda?

Posibles repreguntas

- ¿Hay lugares del barrio donde prefiere no pasar o no ir? ¿Por qué?
- ¿Podría contarme un ejemplo de un día en que el tiempo (lluvia, tormenta, calor) le haya complicado salir o hacer algún trámite o consulta de salud?
- Cuando tiene un problema o necesita algo, ¿a quién recurre primero?
- ¿Ha cambiado la seguridad en el barrio con el tiempo? ¿Cómo lo nota?

Bloque 4. Importancia de la salud y prácticas de cuidado (5–7 min)

Objetivo: Explorar significados de salud, prioridades, decisiones sobre cuándo consultar.

Preguntas principales

1. Para usted, ¿qué significa “estar sano” o “estar bien de salud”?
2. Cuando empieza a sentirse mal o nota algún síntoma, ¿cómo suele decidir si consulta o no a un servicio de salud?
3. ¿Hay momentos en que usted prioriza otras cosas (trabajo, familia, trámites, etc.) antes que su propia salud? ¿Podría contarme?

Posibles repreguntas

- ¿Recuerda alguna situación reciente en la que tuvo que decidir si ir o no al médico?

  ¿Qué hizo y por qué?
- ¿Hay algo que le gustaría hacer para cuidar más su salud, pero le resulta difícil? ¿Qué lo dificulta?
- ¿En su entorno (familia, amigos) se habla de la salud? ¿Cómo se la valora?

Bloque 5. Acceso y experiencia con los servicios de salud (7–8 min)

Objetivo: Percepción de disponibilidad, barreras, calidad de atención y experiencias concretas.

Preguntas principales

1. Pensando en los servicios de salud que usted usa, ¿siente que tiene cerca los servicios que necesita (policlínica, hospital, emergencia, etc.)?
2. Cuando necesita consultar, ¿qué tan fácil o difícil le resulta conseguir hora y llegar hasta acá?
3. ¿Ha tenido experiencias que recuerde en especial buenas o especialmente malas al atenderse en esta institución u otras? ¿Podría contarme alguna?
4. ¿Qué cosas le facilitan venir a atenderse y qué cosas se lo dificultan (horarios, transporte, costos, cuidados de otras personas, clima, seguridad del barrio, etc.)?
5. Si no puede asistir a una consulta, ¿La cancela o reprograma con antelación (es decir, antes de que la consulta ocurra)?

Posibles repreguntas

- ¿Cómo llega normalmente hasta la institución (a pie, ómnibus, vehículo, otro)? ¿Ese viaje se complica a veces? ¿Cuándo?
- Cuando llueve fuerte o hace muy mal tiempo, ¿cambia su decisión de venir a la consulta? ¿De qué manera?
- ¿Cómo se ha sentido con el trato del personal de salud (médicos, enfermería, administrativos)?
- Si pudiera cambiar una o dos cosas del funcionamiento del sistema de salud para que se adapte mejor a su realidad, ¿qué cambiaría?

Bloque 6. Cierre y agradecimiento (2–3 min)

Objetivo: Dar espacio a temas no tratados, recoger recomendaciones y cerrar.
Preguntas principales

1. ¿Hay algo importante sobre su vida, su barrio o su salud que no le haya preguntado y que le gustaría contarme?
2. Si tuviera la posibilidad de enviarle un mensaje a quienes organizan los servicios de salud públicos, ¿qué les diría para que tengan en cuenta la realidad de personas como usted?
3. ¿Cómo se sintió durante esta entrevista?

Despedida (para leer al final)
'Muchas gracias por el tiempo y por compartir su experiencia. Lo que usted contó es muy valioso para entender mejor cómo viven y se cuidan las personas que se atienden en el sistema público de salud. ¿Tiene alguna pregunta o comentario antes de que terminemos?'

13.1.6 Entrevista a licenciada en comunicación

Asumo formato presencial (porque facilita *rapport*, lectura de contexto y ejemplos situados). Si termina siendo virtual, esta misma pauta funciona igual: solo suma 2–3 minutos al inicio para "chequeo técnico" y pedirle que tenga a mano algún ejemplo (*flyer*, mensaje tipo, cartel).

Pauta de entrevista semiestructurada (30–40 min)

Perfil: Lic. en Comunicación – Policlínica Los Ángeles (contexto de vulnerabilidad social)
Objetivo: entender cómo se diseña y ejecuta la comunicación institucional y comunitaria en una policlínica en territorio, con foco en acceso, confianza, barreras/facilitadores, y turnos/inasistencias.
Apertura (2–3 min)
Propósito y encuadre

- "Gracias por el tiempo. La idea es entender cómo comunican en la policlínica, qué les funciona y qué desafíos tienen, especialmente en contexto barrial. No buscamos evaluar tu trabajo, sino aprender del proceso."

- Consentimiento (si grabas): “¿Te parece bien que grabe para no perder detalles? Si en algún momento preferís que apague, me decís.”
- Aclaración: “Cuando digo ‘comunicación’, incluyo desde cartelería y WhatsApp hasta trato en mostrador, articulación con referentes, etc.”

Bloque 1 — Contexto y rol del área de comunicación (5–6 min)

1.1. Tu rol y tu lugar en la policlínica

- Pregunta principal: “¿Cómo describirías tu rol como comunicadora acá, en dos o tres frases?”
    - Probes: “¿Qué tareas haces vos directamente y cuáles quedan en otros roles (dirección, administración, enfermería, trabajo social, promotores/as)?”
    - “¿Tu rol es más institucional, más comunitario, o mixto?”
    - “¿Tenes horario fijo en la policlínica o también te movés en territorio?”

1.2. Objetivos de comunicación

- “¿Qué objetivos principales persigue la comunicación de la policlínica hoy? (por ejemplo: informar servicios, facilitar acceso, promover prevención, mejorar asistencia, construir confianza).”
    - Probes: “¿Quién define esas prioridades: equipo de dirección, ASSE/IMM (si aplica), el propio equipo, demandas del barrio?”
    - “¿Cambian según época del año o coyunturas (campañas, brotes, vacaciones, etc.)?”

1.3. Audiencias

- “¿A quiénes consideran sus públicos clave?”
    - Probes: “Usuarios frecuentes vs usuarios que casi no vienen.” “Adolescentes, adultos mayores, cuidadoras, migrantes (si aplica), población con consumo problemático, etc.”
    - “¿Cómo identifican necesidades distintas entre grupos?”

Bloque 2 — Cómo se llega efectivamente a las personas (canales y redes) (7–8 min)

2.1. Canales reales vs canales “ideales”

- “En la práctica, ¿por dónde se enteran las personas de lo que ofrece la policlínica?”
    - Probes: “WhatsApp (listas/broadcast/grupos), llamadas, SMS (si existe), Facebook/Instagram, radio comunitaria, cartelería, boca a boca, referentes barriales, escuelas, clubes, iglesias, ferias, policlínica móvil (si aplica).”

- “Si tuvieras que rankear 3 canales que más funcionan acá, ¿cuáles son y por qué?”

2.2. Redes territoriales y mediadores

- “¿Qué actores del barrio son clave para que el mensaje llegue y sea creíble?”
    - Probes: “Referentes barriales, comisiones, merenderos, maestros, policlínicas cercanas, SOCAT/municipio (si aplica), organizaciones sociales.”
    - “¿Cómo construyen esa relación? ¿Quién la sostiene?”

2.3. Ejemplo concreto (situación reciente)

- “Contame una situación reciente donde necesitaban difundir algo (una campaña, un cambio de horario, un servicio nuevo). ¿Cómo lo comunicaron y qué pasó?”
    - Probes: “¿Qué parte funcionó y cuál no?” “¿Qué aprendieron?”
    - “¿Hubo ida y vuelta o fue solo ‘emitir’ información?”

Bloque 3 — Comunicación con población vulnerable: tono, lenguaje y materiales (7–8 min)

3.1. Lenguaje y tono

- “¿Cómo deciden el tono y el lenguaje para comunicar en este contexto?”
    - Probes: “¿Evitan tecnicismos? ¿Usan ‘vos’/ ‘usted’? ¿Cambian según tema (vacunas vs salud sexual vs salud mental)?”
    - “¿Cómo se aseguran de que se entienda?”

3.2. Alfabetización en salud y accesibilidad

- “¿Qué barreras de comprensión o accesibilidad ven más seguido?”
    - Probes: “Lectoescritura, idioma, cansancio/estrés, baja conectividad, trámites, miedo, experiencias previas con el sistema, discapacidad.”
    - “¿Qué hacen para reducir esas barreras? (pictogramas, audios de WhatsApp, videos cortos, cartelería simple, explicación cara a cara, acompañamiento).”

3.3. Materiales

- “¿Qué materiales usan hoy (afiches, volantes, señalética interna, mensajes tipo) y quién los diseña?”
    - Probes: “¿Tienen lineamientos institucionales o lo resuelven ‘a pulmón’?”
    - “¿Prueban los materiales con usuarios antes de usarlos?” (si sí: “¿cómo?”)

3.4. Estigma y confianza

- “En temas donde hay estigma (salud mental, consumo, ITS), ¿qué estrategias usan

para no exponer a la gente y a la vez informar?”

- Probes: “Privacidad en mostrador, mensajes neutros, canales individuales, códigos/derivación, cuidado de datos.”

Bloque 4 — Comunicación dentro del equipo de salud (rol, límites, articulación) (5–6 min)

4.1. Trabajo interdisciplinario

- “¿Cómo se articula tu rol con el resto del equipo de salud?”
    - Probes: “¿Participa en reuniones clínicas/gestión? ¿Te consultan temprano o cuando ‘ya hay que comunicar’?”
    - “¿Quién es tu principal aliado dentro del equipo?”

4.2. Límites y tensiones

- “¿Dónde sentís que están los límites de tu rol?”
    - Probes: “¿Qué cosas te piden que excedan comunicación (por ejemplo, resolver quejas, atención al público, gestión administrativa)?”
    - “¿Qué tensiones aparecen entre lo institucional y lo comunitario?”

4.3. Flujo de información

- “Cuando hay cambios (agenda, faltantes, suspensión de policlínica, cambio de profesional), ¿cómo te enteras y cómo se decide el mensaje?”
    - Probes: “¿Hay protocolos?” “¿Se formaliza o depende de personas?”

Bloque 5 — Turnos, recordatorios e inasistencias (si aplica) (6–7 min)

(Si la policlínica no gestiona turnos directamente o no tiene sistema de recordatorios, reemplazar por: “cómo comunican agenda/derivaciones y continuidad de atención”.)

5.1. Circuito de turnos

- “¿Cómo es hoy el circuito de turnos para los usuarios? (presencial/telefónico/WhatsApp/sistema).”
    - Probes: “¿Qué parte del circuito genera más confusión o fricción?”
    - “¿Hay diferencias según especialidad o perfil del usuario?”

5.2. Recordatorios

- “¿Hacen recordatorios de turnos? ¿Cómo y con qué frecuencia?”
    - Probes: “WhatsApp individual, llamadas, SMS, cartelería, recordatorio al dar el turno.”
    - “¿Quién lo hace y cuánto tiempo lleva?”

5.3. Inasistencias

- “¿Qué saben o perciben sobre las inasistencias acá?”
    - Probes: “¿Tienen registro? ¿Se conversa en equipo?”

- “Desde comunicación, ¿qué han intentado para reducirlas?”
- “¿Qué creen que explica más: problemas de acceso/logística, desconfianza, prioridades del día a día, mala experiencia previa, olvido, falta de claridad del turno?”

5.4. Ejemplo concreto

- “Contame un caso reciente de inasistencia que les haya quedado ‘marcado’. ¿Qué pasó y qué se podría haber hecho distinto desde la comunicación?”
  Bloque 6 — Crisis y temas sensibles (5–6 min)

6.1. Definición de “crisis” en la policlínica

- “Cuando decís ‘situación crítica’ o sensible, ¿qué entra ahí en este contexto?”
    - Probes: “Violencia, denuncias, salud sexual, consumo problemático, salud mental, conflictos en sala de espera, difusión de información falsa, situaciones de duelo.”

6.2. Manejo comunicacional

- “¿Cómo se comunican estos temas cuidando a las personas y al equipo?”
    - Probes: “¿Qué canales sí y cuáles no?” “¿Qué cosas nunca se comunican por escrito?”
    - “¿Cómo manejan confidencialidad y datos personales?”
    - “¿Tienen mensajes guía/protocolos o se resuelve caso a caso?”

6.3. Coordinación institucional

- “¿Cómo se coordinan con otros niveles o instituciones cuando hay un tema sensible? (Municipio/ASSE/IMM/ONG/INAU/Policía/Justicia, si aplica).”
    - Probes: “¿Qué funciona y qué tranca?”

  Bloque 7 — Barreras, facilitadores y mejoras (4–5 min)

7.1. Barreras

- “Si tuvieras que nombrar 3 barreras grandes para comunicar bien acá, ¿cuáles serían?”
    - Probes: “Recursos, tiempo, sobrecarga del equipo, rotación, conectividad, violencia, desinformación, burocracia, falta de sistemas.”

7.2. Facilitadores

- “¿Qué cosas facilitan mucho la comunicación en esta policlínica?”
    - Probes: “Referentes del barrio, equipo estable, confianza previa, presencia territorial, alianzas.”

7.3. Qué cambiarías

- “Si mañana tuvieras un ‘cambio posible’ para mejorar la comunicación, ¿cuál sería?”
    - Probes: “¿Una herramienta? ¿Un protocolo? ¿Más tiempo? ¿Capacitación del equipo? ¿Mejor señalética? ¿Base de contactos?”

13.2 Estructura de la encuesta

Encuesta sobre Vida Urbana, Movilidad y Bienestar en Montevideo (20 a 34 años)

Introducción

¡Bienvenido!

El equipo que diseñó esta encuesta está compuesto por Edgar Occelli y Francisco Urioste, 2 estudiantes universitarios de comunicación, que, como parte del proyecto final de carrera, se encuentran encuestando personas que viven en los municipios A, D o F; con el objetivo de conocer cómo es un día en sus vidas, sus costumbres, prioridades, miedos; en definitiva, entender su situación y vida cotidiana.

Es importante que sepas que, participando en esta encuesta (que tiene únicamente fines académicos y cuyos datos no tendrán ningún otro tipo de uso), nos habilitas a utilizar tus respuestas como insumo para nuestra investigación.

A su vez, aprovechando que se vienen las fiestas, completando la encuesta, participas en un sorteo por una canasta navideña. Dicho ganador será anunciado a mediados de diciembre.

<u>Contexto general</u>

1. ¿Con qué género te identificas?

- Masculino
- Femenino
- Otro

2. ¿En qué rango etario te encuentras?

- Entre 20 y 34 años
- Entre 35 y 49 años
- Otro

3. ¿Vives en alguno de estos municipios?

- Municipio A
- Municipio D
- Municipio F
- Vivo en otro municipio

<u>Día a día</u>

4. En un día normal entre semana, ¿Cuántas horas pasas fuera de tu casa (por trabajo, estudio u otras actividades)?

- Menos de 2 horas
- Entre 2 y 4 horas
- Entre 5 y 8 horas
- Más de 8 horas

5. ¿Qué tanto inciden los horarios de trabajo/estudio en tu rutina para hacer otras cosas (como ir al médico, hacer trámites)?

- No inciden
- Un poco inciden
- Inciden bastante
- Inciden mucho

6. En una semana normal, ¿Cuantas veces a la semana haces alguna actividad física (salir a caminar, andar en bicicleta, hacer deporte, ir al gimnasio, etc.)?

- Todos o casi todos los días
- 3-4 veces a la semana
- 1-2 veces a la semana
- 1 vez a la semana
- No hago actividad física

7. Pensando en tus hábitos cotidianos, ¿Cuáles dirías que son las cosas que mejor te definen (por ejemplo, deporte, redes sociales, estudio, vida nocturna, series, militancia, etc.)?

Núcleo familiar

8. En total, ¿Cuántas personas viven habitualmente en tu hogar (incluyéndote)?

- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- 5 o más personas

9. ¿Cómo describirías mejor el tipo de núcleo que se forma en tu hogar?

- Vivo solo/a
- Pareja sin hijas/os
- Pareja con hijas/os
- Familia extendida (por ejemplo: madre, padre, hijos, abuelos u otros familiares)
- Comparto hogar con amigos/as o personas no familiares

Núcleo familiar

10. Pensando en tu hogar, ¿qué tipo de personas viven habitualmente contigo?

- Niñas y niños (aprox. 1 a 9 años)
- Adolescentes (aprox. 10 a 19 años)
- Personas adultas (entre 20 y 64 años)
- Personas mayores (65 años o más)
- Otros

Si eligió *niñas y niños*

11. Pensando en el 2025, ¿en qué tipo de consultas o controles de salud participaron los niños/as de tu hogar?

- Controles de rutina o 'control de niño sano'
- Vacunas o campañas de vacunación
- Consultas solo cuando tuvieron algún problema de salud
- Casi no hubo consultas de salud

12. ¿Qué tan fácil o difícil se les hace en tu hogar organizarse para que los niños/as asistan a controles o consultas de salud cuando corresponde?

- Muy fácil
- Fácil
- Ni fácil ni difícil
- Difícil
- Muy Difícil

<u>Dinámica y percepción barrial</u>

13. En tu día a día, ¿con qué frecuencia realizas actividades dentro de tu barrio (hacer mandados, tomar algo, pasear, salir a comer, etc.)?

- Todos o casi todos los días
- Varias veces por semana
- Una vez a la semana
- Menos de una vez por semana
- Casi nunca

14. ¿Qué tanto te identificas con tu barrio como lugar para vivir? Del 1 al 5 (No me identifico - Me identifico mucho)
15. En general, ¿Cómo evalúas los espacios públicos del barrio (plazas, parques, canchas, etc.)? Del 1 al 5 (Muy malos - Muy buenos)
16. ¿Con qué frecuencia interactúas con tus vecinos/as (charlas, pedir o dar algo, compartir actividades, etc.) fuera de tu casa?

- Todos o casi todos los días
- Varias veces por semana
- Una vez por semana
- Menos de una vez por semana
- Casi nunca/nunca

17. ¿Qué es lo que más te gusta y lo que menos te gusta de tu barrio?

<u>Seguridad y movilidad urbana</u>

18. Pensando en tu barrio, ¿Qué tanta seguridad sientes al caminar durante el día?

- Mucha seguridad
- Bastante seguridad
- Cierta seguridad
- Cierta inseguridad
- Bastante inseguridad
- No suelo salir a la calle de día

19. Pensando en tu barrio, ¿Qué tanta seguridad sientes al caminar durante la noche?

- Mucha seguridad
- Bastante seguridad
- Cierta seguridad
- Cierta inseguridad
- Bastante inseguridad
- No suelo salir a la calle de noche

20. En el último tiempo, ¿Evitaste algún lugar, calle o recorrido por miedo a situaciones de inseguridad?

- Muchas veces
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca
- Casi no salga en soledad o no me muevo caminando

21. En un día típico para ir a trabajar, estudiar o hacer tu actividad principal, ¿Cuál es tu forma de traslado más habitual?

- Ómnibus
- Caminando
- Bicicleta/monopatín
- Apps de transporte (Uber, Cabify, Voy en Taxi, etc.)
- Otro

22. En el último tiempo, ¿Con qué frecuencia se vieron afectados por problemas de transporte o de la ciudad (demoras fuertes, mal estado de calles o veredas, falta de alumbrado, poca frecuencia de ómnibus, etc.)?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Rara vez
- Nunca

23. ¿Podes contar alguna experiencia (positiva o negativa) que recuerdes relacionada con la seguridad o transporte en Montevideo (en tu barrio)?

Salud y bienestar

24. En la actualidad, ¿Cómo te encuentras a nivel físico y mental? Del 1 al 5
25. Durante el año 2025, ¿Con qué frecuencia fuiste a controles médicos programados (no urgencias), como chequeos, controles de rutina o seguimiento de tratamientos?

- 3 o más veces
- 1 o 2 veces
- Fui solo a urgencias
- No fui ni a urgencias ni a controles

26. ¿Las consultas que no asististe, cancelaste con anticipación (24hs antes)?

- Si
- No

27. ¿Qué tan importante es asistir a tus controles de salud, aunque no te sientes mal? De 1 a 5
28. De la siguiente lista, selecciona todas las razones por las que se podría dificultar tu asistencia a una consulta médica:

- Falta de tiempo por trabajo o estudio
- Horarios de atención poco compatibles con mi rutina
- Dificultades de transporte o de traslado
- No considero prioritario ir al médico si me siento bien
- Miedo, desconfianza o malas experiencias con el sistema
- Falta de información sobre dónde o cómo atenderme
- ¿Necesidad de cuidar a otras personas (hijos, padres, etc.)?
- Otro:

29. ¿Qué cambio necesitarías en tu vida en tu barrio y/o en el sistema de salud, para cuidar mejor tu salud y asistir más (o con mayor tranquilidad) a controles médicos?

F5. Tiempo viviendo en el barrio actual

¿Hace cuánto tiempo vivís en este barrio?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Entre 4 y 9 años
- 10 años o más
- Toda la vida / desde que nací

F6. Nivel educativo alcanzado

¿Cuál es el nivel educativo más alto que completaste?

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria (ciclo básico) incompleta
- Secundaria (ciclo básico) completa
- Secundaria (bachillerato) incompleta
- Secundaria (bachillerato) completa
- Formación técnica / UTU en curso
- Formación técnica / UTU completa
- Terciaria / Universidad en curso
- Terciaria / Universidad completa
- Posgrado en curso
- Posgrado completo

F7. Ocupación principal actual

¿Cuál es tu ocupación principal hoy en día?

- Principalmente estudio
- Principalmente trabajo (empleo formal o informal)
- Estudio y trabajo
- Tareas de cuidado no remuneradas (personas dependientes, hogar, etc.)
- Estoy buscando trabajo / desempleo
- Otro (¿cuál?): _____

Paso 2. Cuerpo de la encuesta

Bloque 1. Día a día

Razonamiento previo

Este bloque busca entender cómo es un día típico en tu vida: cuánto tiempo estás fuera de tu casa, cuánta disponibilidad tenés para otras actividades y cómo se distribuye tu rutina. Esto ayuda a interpretar después tus respuestas sobre movilidad, participación barrial y tiempo para ir a consultas de salud.

D1. Tiempo fuera de casa En un día típico entre semana, ¿cuántas horas pasas fuera de tu casa (por trabajo, estudio u otras actividades principales)?

- Menos de 2 horas
- Entre 2 y 4 horas
- Entre 5 y 8 horas

- Más de 8 horas

D2. Tiempo libre percibido Pensando en una semana normal, ¿cómo describirías la cantidad de tiempo libre que tenés para vos?

- Muchísimo tiempo libre
- Bastante tiempo libre
- Algo de tiempo libre
- Poco tiempo libre
- Casi nada o nada de tiempo libre

D3. Organización de la rutina En general, ¿cómo sentís que están organizados tus horarios diarios?

- Muy organizados (sé bien qué hago y cuándo)
- Más bien organizados (a veces se desordenan)
- Bastante desordenados (se cambian seguido)
- Muy desordenados (cada día es distinto y difícil de planificar)

D4. Impacto de horarios en otras actividades

¿Qué tanto te complican los horarios de trabajo/estudio para hacer otras cosas (ir al médico, hacer trámites, actividades recreativas)?

- No me complican nada
- Me complican poco
- Me complican bastante
- Me complican muchísimo

D5. Pregunta abierta – Rutina diaria Si piensas en un día típico de tu vida en Montevideo, ¿cómo lo describirías brevemente?

Contá qué es lo que más te ocupa o preocupa en tu día a día.

Bloque 2. Hábitos cotidianos

Razonamiento previo

En este bloque se busca conocer algunos de tus hábitos diarios: actividad física, consumo cultural y uso de tecnología. Estos aspectos ayudan a entender tu estilo de vida, tu forma de pasar el tiempo y cómo te vinculás con la ciudad y la información.

H1. Actividad física En una semana normal, ¿con qué frecuencia realizás actividad física (caminar rápido, bicicleta, gimnasio, deporte, baile, etc.) al menos 30 minutos seguidos?

- Todos o casi todos los días
- 3 a 4 veces por semana
- 1 a 2 veces por semana
- Menos de 1 vez por semana
- Nunca o casi nunca

H2. Actividades culturales o recreativas fuera de casa En una semana típica, ¿cuántas veces participás en actividades culturales o recreativas fuera de tu casa? (cine,

teatro, recitales, boliche, plazas, ferias, centros culturales, etc.)

- 3 o más veces por semana
- 1 o 2 veces por semana
- 1 o 3 veces al mes
- Menos de 1 vez al mes
- Nunca o casi nunca

H3. Uso de compras y servicios por apps

¿Con qué frecuencia utilizás aplicaciones o sitios web para pedir comida, hacer compras o contratar servicios (*delivery*, *e-commerce*, aplicaciones de transporte, etc.)?

- Todos o casi todos los días
- Varias veces por semana
- Una vez por semana
- Una o dos veces al mes
- Casi nunca / nunca

H4. Información a través de redes

¿Con qué frecuencia usás redes sociales o apps de mensajería (WhatsApp, Instagram, X, TikTok, Facebook, etc.) para enterarte de lo que pasa en tu barrio o en la ciudad?

- Todos los días
- Varias veces por semana
- Una vez por semana
- Menos de una vez por semana
- Casi nunca / nunca

H5. Pregunta abierta – Hábitos que te definen

Pensando en tus hábitos cotidianos, ¿cuáles dirías que son las 1 o 2 cosas que más te definen (por ejemplo, deporte, redes sociales, estudio, salir, series, militancia, etc.)?

Explicá brevemente por qué.

Bloque 3. Dinámica y percepción barrial

Razonamiento previo

Este bloque busca entender cómo te vinculás con tu barrio: si lo usás para tus actividades, cómo percibís los espacios públicos, qué tan identificado/a/e te sentís con el lugar y qué tipo

de relación tenés con tus vecinos. Esto ayuda a comprender la percepción barrial, el sentido de pertenencia y la calidad de vida local.

B1. Uso cotidiano del barrio En tu día a día, ¿con qué frecuencia realizás actividades dentro de tu propio barrio (hacer mandados, tomar algo, pasear, ir a la plaza, etc.)?

- Todos o casi todos los días
- Varias veces por semana
- Una vez por semana
- Menos de una vez por semana
- Casi nunca

B2. Identificación con el barrio

¿Qué tan identificado/a/e te sentís con tu barrio como lugar para vivir?

- Muy identificado/a/e
- Bastante identificado/a/e
- Algo identificado/a/e
- Poco identificado/a/e
- Nada identificado/a/e

B3. Valoración de los espacios públicos del barrio En general, ¿cómo evaluás los espacios públicos de tu barrio (plazas, parques, rambla, canchas, etc.)?

- Muy buenos
- Buenos
- Regulares
- Malos
- Muy malos

B4. Vínculos con vecinos/as

¿Con qué frecuencia tenés algún tipo de interacción con vecinos/as (charlar, pedir o dar ayuda, compartir actividades, etc.) fuera de tu casa?

- Todos o casi todos los días
- Varias veces por semana
- Una vez por semana
- Menos de una vez por semana
- Casi nunca / nunca

B5. Valoración global Del Barrio

Si tuvieras que calificar tu barrio como lugar para vivir, ¿cómo lo valorarías?

- Excelente
- Bueno
- Aceptable
- Malo
- Muy malo

B6. Pregunta abierta - Lo mejor y/o peor del barrio

¿Qué es lo que más te gusta de tu barrio y qué es lo que menos te gusta?

Podés mencionar ejemplos concretos (servicios, espacios, gente, ambiente, ruidos, etc.).

Bloque 4. Seguridad y movilidad urbana

Razonamiento previo

En este bloque se combinan dos dimensiones clave:

1. Seguridad percibida (cómo te sentís al moverte por el barrio y la ciudad, de día y de noche, y si evitás zonas por miedo).
2. Movilidad urbana (cómo te trasladás, qué medios usás y qué dificultades encontrás). Esto permite entender de qué manera la inseguridad, el transporte y la infraestructura influyen en tus recorridos diarios y en tus decisiones (por ejemplo, salir o no salir, ir o no ir a ciertos lugares).

S1. Seguridad caminando de día: Pensando en tu barrio, ¿qué tan seguro/a/e te sentís al caminar por la calle durante el día?

- Muy seguro/a/e
- Bastante seguro/a/e
- Algo inseguro/a/e
- Muy inseguro/a/e
- No suelo caminar por mi barrio de día

S2. Seguridad caminando de noche Pensando en tu barrio, ¿qué tan seguro/a/e te sentís al caminar por la calle durante la noche?

- Muy seguro/a/e
- Bastante seguro/a/e
- Algo inseguro/a/e
- Muy inseguro/a/e
- No suelo caminar por mi barrio de noche

S3. Lugares evitados por inseguridad En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia evitaste algún lugar, calle o recorrido por miedo a situaciones de inseguridad?

- Muchas veces
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca
- Casi no salgo solo/a/e o no me muevo caminando

S4. Principal medio de transporte En un día típico para ir a trabajar, estudiar o hacer tu actividad principal, ¿cuál es tu forma de traslado más habitual?

- Ómnibus
- Caminando
- Bicicleta / monopatín
- Moto / auto propio
- Apps de transporte (Uber, DiDi, etc.)
- Otro / combinación (¿cuál?): _____

S5. Dificultades habituales en la movilidad En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tus traslados se vieron afectados por problemas de transporte o de la ciudad (demoras fuertes, mal estado de calles o veredas, falta de alumbrado, poca frecuencia de ómnibus, etc.)?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Algunas veces
- Rara vez
- Nunca

S6. Pregunta abierta Experiencias de seguridad y movilidad

¿Podés contar alguna experiencia (positiva o negativa) que recuerdes relacionada con seguridad o transporte en Montevideo (en tu barrio o en otros lugares donde te movés)?

Puede ser algo puntual o algo que te pase seguido.

Bloque 5. Salud y bienestar

Razonamiento previo

Este bloque busca entender cómo percibís tu salud física y mental, qué importancia le das a los controles médicos regulares y qué barreras encontrás para asistir. Es clave para saber cómo el estilo de vida, la organización del tiempo, el barrio y la movilidad influyen en la decisión de ir (o no ir) a consultas y chequeos de salud.

SB1. Estado de salud física percibida En general, ¿cómo dirías que está tu salud física hoy?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

SB2. Estado de salud mental/emocional percibida En general, ¿cómo dirías que está tu salud mental o emocional hoy?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

SB3. Frecuencia de controles médicos En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia fuiste a controles médicos programados (no urgencias), como chequeos, controles de rutina o seguimiento de tratamientos?

- 3 veces o más
- 1 o 2 veces
- Fui solo a urgencias, pero no a controles programados
- No fui ni a urgencias ni a controles

SB4. Importancia de los controles de salud

¿Qué tan importante es para vos asistir a controles de salud, aunque no te sientas mal?

- Muy importante
- Bastante importante
- Algo importante
- Poco importante
- Nada importante

SB5. Barreras para ir al médico De la siguiente lista, ¿cuáles son las principales razones que pueden dificultar que vayas a consultas o controles de salud? (Podés marcar más de una opción si corresponde.)

- Falta de tiempo por trabajo o estudio
- Horarios de atención poco compatibles con mi rutina
- Dificultades de transporte o de traslado
- No considero prioritario ir al médico si me siento bien
- Miedo, desconfianza o malas experiencias previas con el sistema de salud

- Falta de información sobre dónde o cómo atenderme
- Necesidad de cuidar a otras personas (hijos, familiares, etc.)
- Motivos económicos
- Otra razón (¿cuál?): _____
- No tengo mayores dificultades para ir a controles

SB6. Pregunta abierta – Mejorar salud y asistencia

¿Qué necesitarías que cambiara en tu vida, en tu barrio o en el sistema de salud para poder cuidar mejor tu salud y asistir más (o más tranquilo/a/e) a controles médicos?

Podés mencionar ideas, deseos o cambios concretos.

13.3 Diccionario de variables de base de datos

La última base de datos modificada es “Atenciones_Policlinica_2025_AGRUPADO”. Su única diferencia respecto de las bases mencionadas anteriormente es la incorporación de la columna 11. En lo demás, mantiene el mismo origen de las columnas. Los cambios realizados consistieron en ajustes y en la nueva denominación de columnas para facilitar su comprensión y simplificar el análisis.

Tabla 2: Diccionario de Variables

Nombre de variable	Tipo de dato	Descripción
Fecha	*Datetime*	Fecha y hora de la atención o del turno registrado.
Paciente	String	Identificador único del paciente asociado al registro.
Sexo	String	Sexo registrado del paciente.
Especialidad	String	Especialidad médica o área asistencial vinculada a la atención. Categórica
Ubicación	String	Centro de salud, policlínica o unidad móvil donde se registra la atención. Categórica
Control médico	*Boolean*	Indica si la atención está clasificada como control médico.
Acción	String	Estado o resultado del turno/atención registrada en el sistema. Categórica
Tipo de atención	String	Modalidad o forma de atención registrada para el caso. Categórica
Fecha de registro de datos	*Datetime*	Fecha y hora en que el registro fue cargado, consolidado o extraído para la base.
Período de atención	*Datetime*	Período de la atención expresado en formato numérico YYYYMM.
Rango de edad	String	Tramo etario agrupado del paciente. Categórica ordinal

13.4 Tablas y gráficos complementarios

13.4.1 Tablas y gráficos complementarios: bases de datos

13.4.1.1 ‘Especialidad’ por ‘Rango de edad’

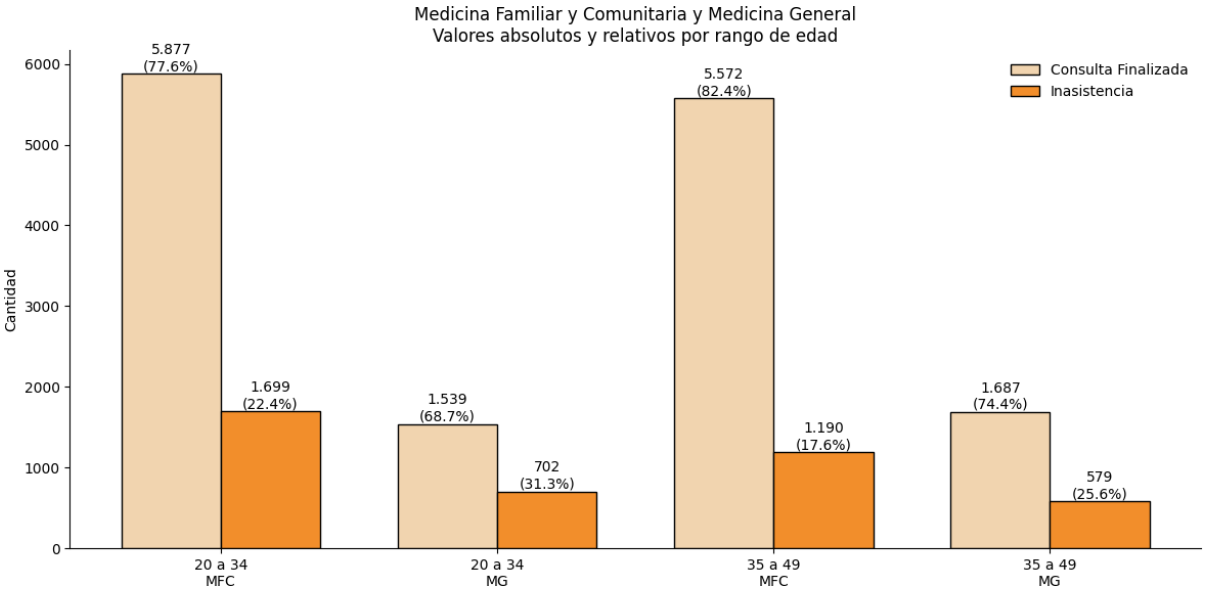


Figura 11. Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General: valores absolutos y relativos por rango de edad
Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

13.4.1.2 Pareto de ‘inasistencias’ - 80 % con 6 rangos

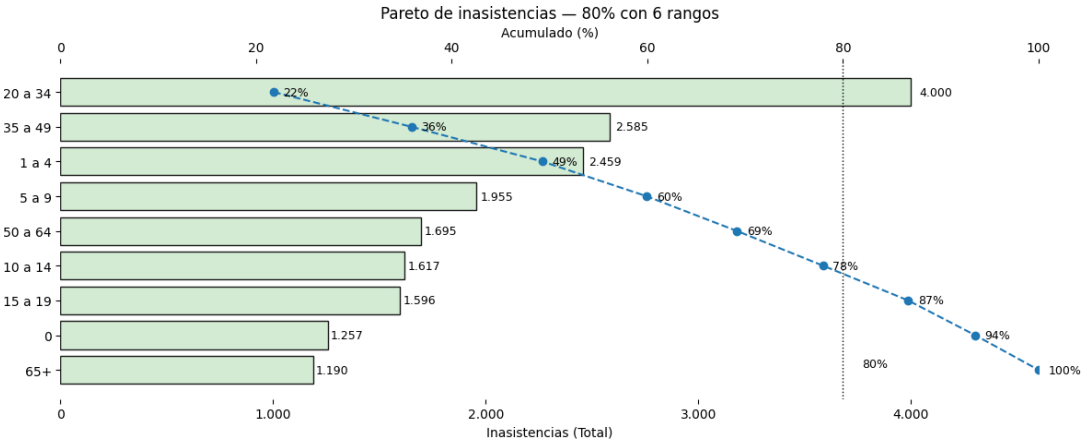


Figura 12. Pareto de inasistencias — 80 % con 6 rangos
Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

13.4.2 Tablas y Gráficos Complementarios: Encuesta

13.4.2.1 Municipios de Montevideo

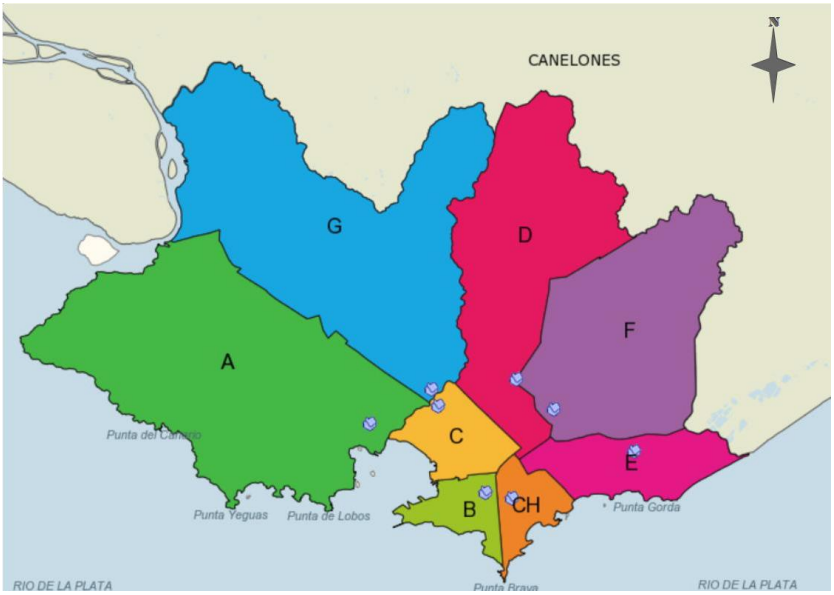


Figura 13. Municipios de Montevideo

Nota. Mapa de los municipios de Montevideo.

13.4.2.2 Seguridad al caminar durante la noche

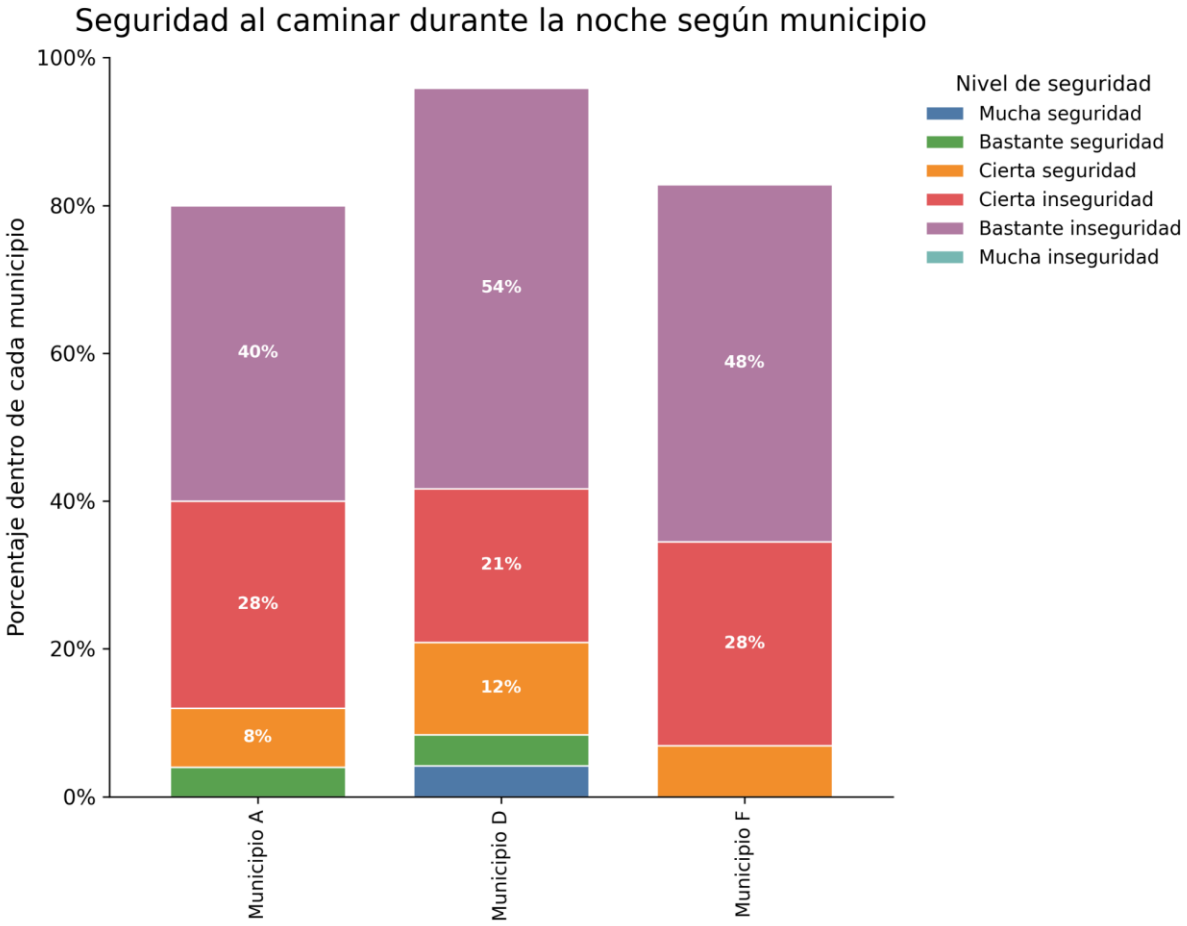


Figura 14. Seguridad al caminar durante la noche según municipio
Nota. Elaboración propia.

13.4.2.3 Forma de traslado más habitual

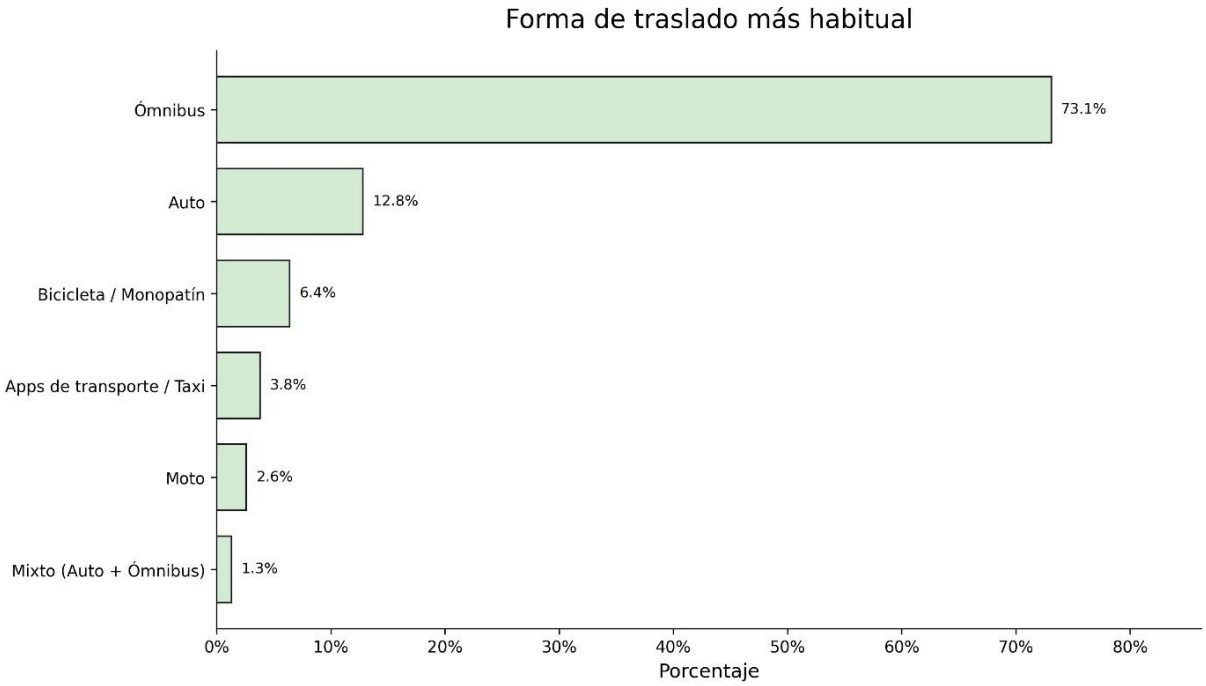


Figura 15. Forma de traslado más habitual
Nota. Elaboración propia. El gráfico se elaboró a partir de la variable agrupada de forma de traslado habitual.

13.5 Análisis PESTEL

13.5.1 P (Político)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) y Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) se separaron el 29 de julio de 2007. A partir de este momento, comenzaron a funcionar como instituciones independientes, la cual provocó diversos cambios políticos, económicos, administrativos, entre otros. En 2007 se implementó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante la ley N°18.211. Este sistema integra prestadores públicos y privados de servicios de salud bajo un mismo marco regulatorio y de financiamiento, basándose en el principio de derecho universal de salud que tiene como responsable al Estado. El SNIS asegura la cobertura sanitaria universal a la población a través de 42 prestadores integrales (tanto sistema público hospitalario como mutualistas privados). El Ministerio de Salud como órgano independiente, es quien controla y da seguimiento a todas las instituciones públicas o privadas. Desde el 2007, se establecen plazos máximos para la asignación de turno. En medicina general el tiempo máximo tiene que ser 24 horas, 48 horas para cirugía general, 30 días para especialidades médicas-quirúrgicas, entre otros objetivos enmarcados en el Decreto N. º359/007. Sin embargo, la implementación y el cumplimiento de

estos objetivos mayormente no se consiguen lograr. Las sanciones que se implementaron por el incumplimiento han sido poco efectivas para incentivar a que se logre cumplir los objetivos.

El 1 de marzo de 2025, asume Cristina Lustemberg, quien es médica pediátrica y con una gran trayectoria en la salud pública asume como ministra de Salud Pública. Además, el Dr. Álvaro Danza asumió como presidente de ASSE el 2 de abril de 2025, junto a él asumió Daniel Olesker como vicepresidente y Marcela Cuadrado como vocal. Asimismo, el Dr. Federico Martiarena fue designado como gerente general de la institución. Entre las prioridades introducidas por las nuevas autoridades del MSP, se incluyen: Mejora en la calidad de atención en salud, acceso a la atención en tiempos de espera adecuados, disponibilidad de medicamentos y procedimientos a un costo accesible, mejorar acceso al primer nivel de atención, fortalecer atención en salud mental, entre otros puntos; marcando un camino claro en cuanto a los intereses gubernamentales en materia de salud para el período 2025-2029. (MSP, 2025).

13.5.2 E (Economía)

De acuerdo a las perspectivas macroeconómicas de Uruguay en el período 2025-2029, expuestas por el Ministerio de Economía y Finanzas el 1 de septiembre de 2025, Uruguay se encuentra en un contexto de incertidumbre a nivel internacional. Se espera un crecimiento para el 2026 de 2,2% del PIB, comentado principalmente por el consumo privado (fortalecido por la recuperación real de salarios), y un promedio en este período quinquenal de 2,4% de crecimiento anual. Aunque la inflación se ha mantenido estable en los últimos períodos, se apunta a un 4,5% anual durante el presente período de gobierno. (MEF, 2025).

El SNIS se financia a través del FONASA, el cual es un fondo público único que se compone de aportes obligatorios de los trabajadores y empleados, además de aportes provenientes de las rentas del Estado. Esto lo que genera es un financiamiento solidario y repartido equitativamente entre la población, logrando que las personas sin importar sus ingresos tengan acceso a servicios de salud de calidad. A su vez, el debilitamiento de los servicios de ASSE en Montevideo en la época post pandemia genera que los usuarios busquen nuevas alternativas para su atención en salud, como las policlínicas de la intendencia. Esto no hace más que disparar el presupuesto destinado a las policlínicas, el cual en 2023 asciende a 570 millones de pesos. (Cuberos, 2024)

Por otro lado, desde el nuevo modelo de financiamiento introducido en 2007, el cual se le hace un pago caritativo básico, lo que es un pago fijo que se le asigna a cada usuario del sistema. Este monto garantiza que los prestadores (hospitales, mutualistas, ASSE) cuenten con una base de financiamiento segura para operar. Además, tienen un componente variable, el cual es alrededor del 8% del total asignado a cada usuario el cual depende del cumplimiento de metas de calidad y resultados asistenciales. La JUNASA, quien dedica sus actividades a defender a los usuarios frente a los prestadores de salud, es quien se encarga

de pagar este componente variable, esto ocurre solo si el prestador cumple con los criterios establecidos. Esto se verifica a través de indicadores y auditorías periódicas.

En ese sentido, en diciembre de 2025 el gobierno de Yamandú Orsi implementa ajustes en el cálculo del Costo Promedio Equivalente (CPE) que le posibilita al mismo un ahorro de 70 millones de dólares, monto que impacta en las proyecciones financieras de los prestadores y refuerza al FONASA, quien a fecha de diciembre 2025 alcanza a 2653873 personas. (Presidencia, 2025). Esto quiere decir que, hoy en día, el sistema de salud cuenta con más recursos que nunca para la inversión en nuevas tecnologías, pudiendo robustecer el primer nivel de atención además de fortalecer el stock en medicamentos y mejorar la infraestructura de policlínicas y hospitales. Y es que, desde 2022 en adelante, el gasto público en salud significa más del 6% del PIB (Producto Bruto Interno), denotando una evidente voluntad de reforzar los ingresos económicos del sector.

13.5.3 S (Social)

La demora de turnos en ASSE está enmarcada por un acelerado envejecimiento demográfico. Según los resultados finales del Censo 2023, desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se estima una población total cercana a los tres millones y medio de habitantes. Desglosada por edad, las personas de 65 años o más ya forman el 16% de la población (545.301 habitantes), mientras que los menores de 14 años apenas alcanzan el 19%. El grueso de la población se concentra entre los adultos de 35 y 64 años (38%) y los jóvenes adultos de 15 a 34 años (28%). Si nos remontamos a un siglo atrás, había dieciséis niños por cada adulto mayor, en comparación con hoy que la relación es prácticamente uno a uno. Esto implica un desafío significativo, dado que una sociedad más envejecida requiere de mayor atención médica (controles periódicos, enfermedades crónicas, entre otras) en comparación con una sociedad más joven. (INE, 2024).

Las desigualdades socioeconómicas y digitales aumentan la presión que ya tiene el sistema con la competencia de horarios. ASSE tiene mayoritariamente a usuarios de menor nivel socioeconómico (segmentos con menos alternativas de pago en el subsector privado) de modo que cualquier retraso en este sistema afecta a las personas más vulnerables. Precisamente, según datos del Mides, la distribución de usuarios (según posición en el quintil de ingresos) por prestador denota una desigualdad absoluta en el acceso a la salud: en 2023, el quintil 1 se encuentra en un 72,6% asociado a ASSE (e instituciones públicas asociadas como las policlínicas barriales) como institución prestadora. Por otra parte, el quintil 5, solo el 3,8% de esa población está asociada a un servidor público (mientras que el 76,2% del quintil 5 se encuentra asociado a las IAMC).

En el ámbito digital, hay un avance alto de conectividad, pero con brechas claras en variables como ‘edad’ y ‘educación’. La EUTIC 2024 reporta que un 92% de la población mayor a 14 años tiene acceso a internet y un 94% de los hogares totales pueden acceder. El despliegue de la Agenda Digital o Historia Clínica Digital exige un nivel básico de conocimiento

que adultos mayores no tienen, obligando a ellos a usar los canales telefónicos y presenciales, con esto prolongando los tiempos de gestión. De hecho, el 94% de quienes no usan internet tienen más de 50 años y se lo asocia con un nivel educativo bajo. (Presidencia Uruguay et al., 2025). Por esto, la demora al momento de pedir turnos deja de ser un tema operativo; se convierte en un factor de inequidad que amplifica la brecha social ya existente.

Por otra parte, la propia EUTIC 2024 (2025) expone que, a la hora de interactuar con los servicios digitales del Estado, el canal presencial es el más utilizado en los sectores de menor nivel educativo. En esa línea, migrar una agenda y/o gestión de turnos a un canal digital requiere una necesidad de apoyo en ventanillas, teléfonos y apoyos presenciales para poder facilitar el acceso.

Esto lleva a entender que no todo el mundo está preparado para un avance sustancial en materia de modernización de los servicios, más aún en los servicios públicos para el quintil 1 de la población. Una implementación rápida de estos cambios, considerando las dificultades de acceso por parte de los usuarios con menor nivel educativo, podría producir que los costos de gestión del acceso recaigan en este sector, aumentando la brecha social preexistente.

13.5.4 T (Tecnología)

En los últimos años se han logrado numerosos avances a nivel tecnológico que han impactado directamente al mundo de la medicina, generando diversos cambios en los tratamientos médicos aplicados, mejorando la previsión de las enfermedades y el tratamiento de las mismas. Según se menciona en el sitio web Innovación en Formación Profesional (o IFP), la salud es el ámbito donde más impacto han tenido el desarrollo de nuevas tecnologías como la inteligencia artificial (Llevat, 2025). Cabe aclarar que nos referimos a tecnologías aplicadas a la salud basándonos en el concepto que define INAHTA (Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) como cualquier tipo de intervención o estudio desarrollado con la idea de promover la buena salud, prevenir males mayores y diagnosticar y tratar posibles enfermedades o para la rehabilitación de un paciente frente a una lesión (TecSalud, 2023).

Según se menciona en este artículo publicado por el sitio TecSalud, el impacto de la tecnología en la medicina se siente en mayor medida en las áreas de previsión y detección de enfermedades, en los métodos de atención a los pacientes, los tratamientos a los usuarios, un mayor acceso a la información tanto para médicos como para los pacientes (2023). El mayor acceso a la información, por una parte, les permite a los médicos a informarse más fácilmente y a los pacientes a conocer un poco más sobre sus problemas médicos, síntomas, tratamientos y prevención de enfermedades. Por otra parte, se puede recaer en la información por parte del usuario de servicios médicos de no acudir a las fuentes idóneas y/o no contrastar los hallazgos extraídos de internet.

A su vez, al haber un mayor potencial tecnológico, los tratamientos se realizan con mayor efectividad y eficacia a la hora de detectar lesiones y enfermedades, de conocer el

cuerpo del paciente previo a una operación (mejorando la planificación de la misma), entre otros beneficios.

En adición, la llegada en los últimos años de los sistemas de autogestión y la digitalización de los estudios médicos, las historias clínicas y todos los demás registros, consigue facilitar la consulta por parte del usuario y del profesional, además de descongestionar las policlínicas al permitir agendas vía web. Además, la posibilidad de poder acudir a una consulta de forma virtual le permite a las sociedades médicas ampliar su radio de acción a una mayor cantidad de personas que, ya sea por la distancia o medio de transporte, tiene dificultades para asistir a la consulta de forma presencial: La medicina utiliza la tecnología médica para la vigilancia de enfermedades o el control de pandemias; también, gracias a la telemedicina, se permite detectar a tiempo enfermedades a pacientes que viven en zonas remotas y tienen dificultades a la hora de acceder a la medicina de forma presencial; la tecnología médica inteligente permite hacer seguimiento y control de procesos médicos y tratamientos, etc. (Llevat, 2025).

Finalmente, el artículo de TecSalud menciona la mejora en la rapidez y confianza de los análisis médicos, permitiendo conocer lesiones, cánceres y demás enfermedades y trastornos de forma más temprana. A su vez, el artículo redactado por Nieves Llevat (2025) adjunta ejemplos de innovaciones tecnológicas aplicadas a la medicina: la tecnología de imágenes (como las resonancias magnéticas), la telemedicina, la cirugía robótica, las historias clínicas electrónicas, los *wearables* o accesorios IoT (capaces de medir frecuencia cardíaca, pulsaciones, etcétera), la impresión 3D (creación de prótesis, implantes y réplicas de órganos o huesos) e incluso la nanomedicina (manipulando a escalas atómicas y permitiendo una altísima precisión en los estudios). Tecnologías como las impresiones 3D en la creación de prótesis e implantes permiten diseños complejos a un costo menor a un ritmo de hasta 65 prótesis por hora con la tecnología adecuada (Contreras, 2022).

La telemedicina y los sistemas de autogestión en las sociedades médicas ha significado un antes y un después. La monitorización remota de pacientes les ha permitido a los proveedores de atención médica controlar el estado de los pacientes a distancia. El potencial de estas herramientas tiene un gran impacto al reducir significativamente los costos de atención, mejorar resultados clínicos y aportar una alternativa cuando las distancias son largas o no se quiere sobrecargar el hospital/la policlínica/centro de atención con demasiados pacientes. Estas tecnologías se plantean como una forma de darle más protagonismo al paciente en su cuidado, en poder intervenir a tiempo en una posible dolencia, en el seguimiento de enfermedades crónicas, todo ello sin aumentar significativamente los costos (Equipo Medicover, 2024). Ejemplos más concretos de estos artefactos son, por ejemplo, los rastreadores de actividad física portátiles, los relojes de salud inteligentes, monitores de salud conectados, los sistemas de monitorización de glucosa, integración de datos y servicios de telesalud e incluso asistentes impulsados por IA. (Faster Capital, 2024).

La inteligencia artificial merece un capítulo aparte. No solo por su capacidad de poder procesar toneladas de información en corto períodos de tiempo, sino como herramienta para automatizar tareas, adelantar diagnósticos, monitorear enfermedades a partir de datos, entre otras tantas posibilidades (Llevat, 2025). Dicha innovación también ha sido resaltada por el portal de Redacción APD:

La aplicación de la tecnología en la medicina ha implicado grandes avances. Big Data, IA, Cloud Computing, *Analytics*, 5G, Realidad Aumentada, *wearables* o IoMT están permitiendo iniciar el viaje hacia un modelo sanitario eficiente, universal y sostenible. (...) hoy en día ya es posible administrar 1.000 consultas médicas a través del móvil en tan solo un par de minutos y los datos de millones de pacientes están siendo analizados para erradicar las enfermedades más mortíferas. (Redacción APD, 2023).

Hay varios indicadores que demuestran que esto no ha hecho más que empezar: "Asimismo, el tamaño del mercado mundial de Tecnologías de la Información de la Salud alcanzará los 270,3 mil millones de dólares en el presente año, partiendo de los 227,5 mil millones de dólares en 2020." (Redacción APD, 2023). Según esta fuente, se observarán importantes beneficios en la atención a pacientes crónicos, nuevos modelos de asistencia deslocalizada, independencia del paciente, comunicaciones médicas ágiles y una mayor eficiencia sanitaria (APD, 2023). Por otra parte, el artículo relata las grandes proyecciones que tienen tecnologías como el IoT, la gestión eficiente de edificios (estacionamientos de hospitales, hospitales en sí mismos) y la realidad virtual a la hora de formar nuevos profesionales.

El caso de la realidad virtual, en concreto, la realidad aumentada, es interesante en su función como complemento clave para los médicos a la hora de implementarlo en intervenciones, permitiéndole visualizar órganos en 3D y las constantes vitales del paciente. Aun así, más que una herramienta de aplicación directa parece tener un mayor potencial como herramienta de formación de cirujanos, permitiéndoles practicar con modelos virtuales sin caer en errores fatales propios de operaciones reales (Investigación y Ciencias, 2020). En cuanto a su aplicación en los quirófanos, se ha detectado un gran potencial por parte de empresas como Philips (con plataformas como Azurion), con lentes que "le permiten al cirujano controlar por medio de gestos manuales o comandos de voz la información que aparece en sus gafas." (Investigación y Ciencia, 2020) o softwares como *Surgical Rehearsal Platform*, el cual permite trabajar con modelos 3D del cerebro, a modo de identificar con mayor facilidad las zonas de intervención por lesiones craneales y similares.

Muchas de estas tecnologías terminan recayendo, sin embargo, en los mismos desafíos y consideraciones para no recaer en prácticas poco éticas y/o directamente ilegales. La primera de ellas es la seguridad y la privacidad de los datos a los que se accede, por lo que se debe exigir un cifrado sólido y un cumplimiento inobjetable de las normas de privacidad del sitio. Aun así, puede que no todos los pacientes están acostumbrados, por lo que es

importante enseñarlo para acortar la curva de aprendizaje (y asegurar una correcta captura de los datos). Por otra parte, se debe integrar correctamente a los sistemas sanitarios e historias clínicas para asegurar una mayor integridad de los datos. Como parte del servicio, se debe garantizar su accesibilidad y seguridad para no generar perjuicios al paciente por una mala praxis a la hora de trabajar con cualquiera de estas tecnologías. A su vez, se debe garantizar la correcta inserción de todas las fuentes de datos que garanticen la integridad de lo mismo, de lo contrario, estos no tendrán ninguna utilidad a la hora de tomar decisiones (pudiendo ser incluso perjudiciales). (Faster Capital, 2024).

13.5.5 E (Ecológicas)

El concepto ecológico de la salud, definido por la Organización Mundial de la Salud, entiende la salud no sólo como la medicina o la presencia o ausencia de una enfermedad, sino que apunta a un bienestar global del ser humano (en sus dimensiones sociales, mentales y físicas) y del entorno en el que se encuentra. Toman especial relevancia elementos como la calidad del aire y agua de los diferentes ecosistemas y se exige una gestión sostenible del entorno que permita a las organizaciones (entre ellas las médicas) un funcionamiento que no afecte su rutina, pero tampoco genere perjuicios a su entorno.

El Centro de Estudios para la Realidad Económica y Social (CERES) realizó una propuesta que apuntó a mejorar el sistema de salud del Uruguay, basado en recomendaciones para fortalecer el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): Por una parte, apuntar a una reducción del corralito mutual (de 2 años a 1), ajustar el cálculo de capitas (en pos de volverlo más sostenible) y establecer un protocolo ante el cierre de una institución médica. (Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines, 2024).

A nivel nacional, el cuidado del medioambiente ha cobrado especial relevancia en los últimos años. Tanto es así que, en el 2020, con la entrada del gobierno de Luis Lacalle Pou, se creó un nuevo ministerio, el Ministerio de Ambiente, destinado a reglamentar una serie de criterios de cuidado del medioambiente en las empresas, organizaciones gubernamentales e incluso en los hogares de los ciudadanos uruguayos. Para esto, se han diseñado leyes como la Ley General de Protección del Ambiente (N 17283), la Ley de Gestión Integral de Residuos (N 19829) y el Plan Nacional de Gestión de Residuos como una hoja de ruta en sí mismo, entre otros tantos.

La ley 19829 apunta a definir los diferentes residuos, evitando dobles interpretaciones, y marcar un proceso estandarizado de gestión del residuo de acuerdo a sus características. Incluye, por ejemplo, que las empresas deberán hacerse cargo de la gestión de los envases colocados en el mercado y los residuos generados, ya sea gestionándolos directamente o aportando financieramente para dicho fin, de acuerdo a la cantidad de envases colocados. Por otro lado, la ley 17283, denominada ‘Ley de Protección del Medio Ambiente’, busca extender el artículo 47 de la Constitución de la República, apuntando a la protección del ambiente en todas sus dimensiones. Sin embargo, el documento más importante en este caso

es el Plan Nacional de Gestión de Residuos (PNGR), introducido en 2019, donde se desarrolla en más de 500 páginas la situación actual de Uruguay en cuanto al nivel de contaminación, las actuales y futuras estrategias de gestión y una serie de objetivos planteados para 2030.

En septiembre de 2024, el Banco Interamericano de Desarrollo destacó uno de los numerosos efectos del cambio climático: su impacto en infraestructuras hospitalarias, citando el ejemplo de El Salvador. Destacan la importancia de mitigar el consumo energético contaminante y buscar una adaptación de los sistemas de información, de prestadores de servicios, de la gestión de recursos y de gobernanza. (Astorga et al., 2024). Según el BID, la región de América Latina y el Caribe se encuentra envejecida, con hospitales (en promedio) de al menos 6 décadas:

> De acuerdo con estimaciones del BID, más de la mitad de la inversión necesaria para la infraestructura y el equipamiento del sector salud es requerida para la reposición, normalización y/o refuncionalización de hospitales existentes. Esto implicaría una necesidad de inversión de 92.000 millones de dólares. Sin embargo, considerando las inversiones realizadas por los países de la región en 2019, cerrar esta brecha requeriría entre 20 y 27 años. (Astorga et al., 2024, párr. 6).

Aunque se registra un avance considerable en la inclusión de nuevas tecnologías, de mejorar la capacidad resolutiva de los sistemas, del aumento de camas CTI, entre otros avances, otros tantos edificios existentes no reciben esas inversiones, quedando relegados en su mantenimiento (Dalaison et al., 2024). Esto se agrava cuando, según un estudio del propio BID, considerando una pre inversión, licitar y construir (en cuanto a la adaptación de las viejas estructuras) se requieren 12 años de media. Como ejemplo, se cita el caso de El Salvador, país que llevó a cabo, primero, un diagnóstico (buscando dimensionar la vulnerabilidad), luego estimar la inversión requerida a partir del diagnóstico realizado, posteriormente calificar las inversiones en orden de prioridades, el financiamiento y finalmente la ejecución del plan realizado posterior al análisis. Los motivadores resultados obtenidos por el país caribeño trazaron un camino que, en base a la similitud de las situaciones entre los países latinoamericanos, el BID entiende pueden replicar: fortificar gestión del mantenimiento de los activos, elaborar planes de inversiones de mediano y largo plazo, reevaluar vulnerabilidad del sistema, preparar planes nacionales de respuesta al cambio climático y la correcta capacitación del personal de salud en temas como planificación de redes y cambio climático. Y es que los efectos del cambio climático en la salud de los latinoamericanos, según manifiesta el blog del BID titulado *Cambio climático y salud: ¿cómo puede contribuir la infraestructura del sector a las metas climáticas?* ha sido notable:

> Entre los más graves está el aumento de las muertes por golpes de calor, que crecieron un 160% en América del Sur entre 2000 y 2021, afectando principalmente a adultos mayores y trabajadores expuestos a altas temperaturas. Asimismo, el cambio climático está facilitando la propagación de enfermedades gastrointestinales y de vectores como el dengue, cuya idoneidad climática ha aumentado un 35% en la región desde mediados del siglo XX. (Dalaison et al., 2024, párr.3).

Es a partir de estos y otros tantos datos alarmantes es que el BID puso en marcha el BIDImpact+ como estrategia institucional, destinado a atacar problemas relacionados al cambio climático, reducción de emisiones, preservación de biodiversidad y el fortalecimiento de la adaptación. En los últimos años han realizado apoyos a ministerios de salud en países como Perú, Jamaica, Colombia, entre otros; fomentando principalmente el acceso a la educación y la renovación de las tecnologías y de estructuras ya añejas. En este último se promueven diseños, construcciones y operaciones que generaban cantidades mínimas de GEI, dado que, según la Organización Panamericana de la Salud, "más del 67% de los hospitales en América Latina están ubicados en zonas de alta amenaza climática, lo que los hace vulnerables ante desastres naturales." (Dalaison et al., 2024, párr. 13).

13.5.6 L (Legal)

A nivel global, la prestación de servicios de salud de calidad y las normativas relacionadas a derechos del usuario se divide en una serie de decretos y leyes fundamentales. En Uruguay, una extensa gama de reglamentaciones construye el marco legal que busca abarcar: Sistema Nacional Integrado de Salud, Ministerio del Interior, FONASA, entre otros organismos.

La Ley 18211, promulgada en 2007, la cual incluye la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La misma consta de 8 capítulos y 77 artículos que desarrollan, además, los objetivos del estado a largo plazo, el rol del ministerio de salud pública, la organización del sistema en niveles de atención en 3, cómo se regulará el financiamiento de este nuevo sistema (mediante el Fondo Nacional de Salud) y la creación de la Junta Nacional de Salud, destinada a hacer cumplir lo antes definido en la ley.

Por otro lado, la ley 18335 apunta a establecer los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del sistema de salud, tanto público como privado. La ley, promulgada en agosto de 2008, se compone de 8 capítulos y 26 artículos donde se definen conceptos como 'servicio de salud', 'trabajador de salud', entre otros; se definen los derechos de los usuarios y a su vez los deberes que tienen los usuarios. Por ejemplo:

Asimismo, tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal. (art 22, Ley 18335).

Directamente relacionado con la ley 18335, el decreto 274/010 reglamenta la ley sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Promulgado en septiembre de 2010, los temas mencionados rondan alrededor a la historia clínica y la creación de comisiones de bioética, sumados a nuevos derechos para el paciente, la definición de usuarios y pacientes.

Publicado en agosto de 2009, el decreto 342/009 establece límites fijos para numerosos procedimientos médicos que deben ser cumplidos por instituciones públicas y

privadas. Entre ellos: (1) Procedimientos quirúrgicos no urgentes con límite máximo de 180 días “a partir del momento en que la cirugía es indicada por el especialista actuante”, (2) Las instituciones públicas y privadas de salud pueden postergar hasta 90 días un procedimiento quirúrgicos no urgentes a partir de la fecha previamente indicada por el profesional (argumentándose en la necesidad de disponibilizar camas para casos más urgentes), las cuales a su vez deben ser notificadas al Ministerio de Salud Pública en forma mensual.

En una de las reglamentaciones más importantes que propone el estado uruguayo alrededor de las instituciones médicas, el Decreto 305/011 apunta a un plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud donde se incluyan las prestaciones aprobadas en el decreto 465/008, en octubre de 2008, las cuales serán financiados mediante un incremento en la cuota social. Así se menciona en el artículo 2 del decreto:

> Los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán brindar a su población usuaria las prestaciones a que refiere el Artículo 1 del presente Decreto, en las formas, tiempos y condiciones que se determinan en el Anexo citado en el mismo. (art.2, decreto 305/011)

El artículo publicado por el Ministerio de Salud Pública el 14 de marzo de 2024, titulado ‘Modalidad y Plazos: Modalidad de acceso a prestaciones de salud mental dispuestas en el Decreto 305/011’, menciona los siguientes puntos: Como primer punto, la posibilidad de que el acceso pueda ser por iniciativa del usuario o por derivación de un profesional tratante, agendándose en la administración del prestador y atravesando una entrevista para evaluar si es pertinente la internación o no del usuario. En segundo lugar, el plazo para recibir la citación es de hasta 15 días (además, una vez realizada la indicación, el nuevo plazo también es de 15 días). A su vez, para aquellos que tienen un consumo problemático, el tempo de espera por instancia no es mayor a 7 días. Finalmente, los usuarios con Intento de Autoeliminación (IAE), deben acceder a una primera consulta con un especialista en salud mental en un plazo máximo de una semana: “Se asegurará el seguimiento activo de todos los usuarios, durante un mínimo de 6 meses Este último punto corresponde al Protocolo de Atención y Seguimiento para personas con IAE en el SNIS (Ordenanza 384/017).” (Ministerio de Salud Pública, 2024b, párr. 4)

En un artículo publicado en junio de 2023 por el medio Crónicas Económicas, titulado ‘¿Cuánto tiempo tienen las instituciones médicas para asignar un turno para una consulta médica?’, se desarrolla la normativa introducida en el Decreto N. º359/007, promulgado en septiembre de 2007, el cual busca regular los tiempos de espera para las consultas médicas y procedimientos quirúrgicos en Uruguay:

La finalidad del decreto radica en generar mayor accesibilidad por parte de los usuarios a las prestaciones de servicios médicos y brindar una mejor calidad de asistencia.

Publicado en noviembre de 2007, el decreto surge con la necesidad de reglamentar el

tiempo de espera para acceder a las consultas en las disciplinas mencionadas y, por orden de servicio e la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública N56/990 de 1990, se dispone que “las consultas de Medicina General, Pediatría y Ginecología de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva deberán ser efectuadas dentro de las 24 horas de efectuada la solicitud”. (Decreto N. º359/007).

Este pedido se fundamenta en que los tiempos de espera constituyen un elemento clave para garantizar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud, permite relacionar la oferta de servicios de la demanda asistencial, porque es un indicador clave en lo que refiere a la calidad de la asistencia que se ofrece a los usuarios y no había una reglamentación existente que limitara las esperas de los usuarios. Primero, los prestadores integrales de salud, de todo el país, deberán otorgar cita para consulta externa en Medicina General, Pediatría y Ginecobstetricia, en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde el momento de la solicitud. Segundo, las Instituciones referidas en el Artículo precedente deberán otorgar cita para consulta externa en Cirugía General, en un plazo máximo de 2 (dos) días desde la fecha de su solicitud. Tercero, las consultas externas en las Especialidades Médicas y Quirúrgicas, en ningún caso podrán ser coordinadas en un plazo mayor a 30 (treinta) días desde que fueron solicitadas. Por último, los procedimientos quirúrgicos no urgentes deberán coordinarse en un plazo inferior a 180 (ciento ochenta) días, a partir del momento en que la cirugía es indicada por el especialista actuante.

De la misma manera, la Ordenanza 537/2012 del MSP exige a los prestadores de salud públicos y privados operar un sistema de asignación de citas con una apertura de agenda de al menos tres meses y actualización diaria. También establece medidas ante ausencias de los usuarios sin aviso previo: 1. penalización con suspensión por el plazo de un mes en el uso de medios no presenciales de reservas de citas 2. cobro de la tasa moderadora de la consulta en aquellos casos en que esté habilitado (no se encuentra dentro de esta reglamentación los usuarios de ASSE y policlínicas barriales). (Galante, 2023, párr.11).

Los usuarios tienen derecho a recibir un comprobante con información clave sobre su cita médica y deben ser notificados si su médico es sustituido por otro. En ese caso, se debe reagendar la cita sin penalización. El comprobante antes mencionado debe incluir: a. datos identificatorios, b. médico, médico de referencia y especialidad médica solicitada c. fecha de cita médica concedida y d. primera fecha para la especialidad disponible. (Galante, 2023, párr.12).

El decreto 114/023, emitido durante el gobierno de Luis Lacalle Pou surge por el hecho de que, luego de instaurado el Sistema Nacional integrado de Salud, y teniendo en cuenta de que las reglamentaciones relacionadas a los tiempos de espera y cambios de prestador están distribuidas en muchos decretos independientes, se busca ordenar este tema. Es por ello que se lo titula ‘Adecuación de la regulación de cambios de prestador de salud amparados al seguro nacional de salud’. Para dar mayor claridad a las interpretaciones en el orden jurídico

de reducir las barreras del acceso al conocimiento por parte de los usuarios, además de actualizar la normativa relacionada al tema.

A partir de este decreto, es posible cambiar de prestador de salud en cualquier momento siempre y cuando "(...) el usuario traslade su domicilio de un Departamento a otro o acredite dificultades supervinientes de acceso geográfico a los servicios del prestador en el que se encuentra registrado" (Decreto 114/023, art.1). Para que operen las solicitudes efectuadas por esta causal debe acreditarse por el interesado o su representante legal (padre, madre, tutor, curador) que ha trasladado su domicilio o se han presentado las dificultades referidas. Es una causante válida de cambio que "existan situaciones originadas en problemas asistenciales que lleven a la pérdida de confianza en el prestador" (Decreto 114/023, art.1). Para que se lo habilite, se debe presentar el causal en la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, quien decide si la razón es válida o no. Posteriormente, es la Junta Nacional de Salud quien habilita afirmativamente. Por último, si el usuario tiene problemas de accesibilidad para acceder a los servicios del prestador dado el incumplimiento de los tiempos de espera establecidos por el Estado.

A su vez, en el artículo 2 del Decreto 114/023 se define que podrá invocar la primera razón de cambio antes de 12 meses de cambio de domicilio. En cuanto a la segunda razón, podrá ser invocada presentando pruebas de los hechos que fundamenten la solicitud. En cuanto a la tercera razón, podrá invocarse mediante comprobantes que certifiquen la fecha de la solicitud de la cita y la fecha para la cual se concedió la misma. El Banco de Previsión Social, por cuenta y orden de la Junta Nacional de Salud, está habilitado a dar vista al prestador del cual el usuario pretende cambiarse, de la solicitud al amparo de los supuestos del artículo 1° del presente Decreto. Con los descargos del prestador, si los hay, y todo otro antecedente que resulte relevante a sus efectos, se eleva el expediente a la Junta Nacional de Salud para resolución. La Junta Nacional de Salud comunica al Banco de Previsión Social las resoluciones que adopte a los efectos de que éste habilite su ejecución en los sistemas informáticos que opera.

Por otra parte, el Decreto 114/023 ratifica la movilidad de los usuarios del Seguro Nacional de Salud: se les permite registrarse en cualquier momento a la Administración de los Servicios de Salud del Estado. En ese sentido, todas las solicitudes de cambio de prestador conllevan una declaración jurada del usuario en la que se exponga la decisión sobre el prestador de servicios integral de salud, así como no haber recibido dinero u otra ventaja equivalente por esta decisión.

13.6 Elementos de Terceros

Tabla 3: Elementos de Terceros

Elemento	Ubicación (página)	Titular de la propiedad intelectual	Permiso de Uso
Base de Datos: Atenciones en Policlínica 2025	Enlace a la base	Intendencia de Montevideo, División Salud	Acceso público
Base cartográfica / mapa: Municipios de Montevideo	121	Intendencia de Montevideo	Acceso público

13.7 Archivos de código

A través del enlace Inasistencia y acceso oportuno a la salud en policlínicas barriales de Montevideo, se puede acceder a las fuentes de datos, así como a los códigos de análisis. Independientemente del código, se recomienda no ejecutar todos los bloques, sino hacerlo uno a uno.

Enlace del archivo Google Colab para el análisis de la base de datos: Análisis de base de datos. Se sugiere “NO” ejecutar la sección ‘Limpieza mínima (solo renombres + mapeos’ y ‘Ejecutar Limpieza (renombres + mapeos) y guardar un único archivo’.

Enlace del archivo Google Colab para el análisis de la encuesta: Análisis Encuesta

13.8 Cronograma de trabajo

A efectos de cumplir con las exigencias formales solicitadas por la cátedra de la Universidad ORT Uruguay, y a modo de compartir la planificación realizada en conjunto por estudiantes y tutor, puede acceder al cronograma de trabajo a través del siguiente enlace.

13.9 Códigos

13.9.1 Código de estandarización

Estandarizar:

```
RENOMBRES_COLUMNAS = {
    'fecha': 'Fecha',
    'paciente': 'Paciente',
    'rango_edad': 'Rango de edad',
    'sexo': 'Sexo',
    'especialidad': 'Especialidad',
    'ua': 'Ubicación',
    'control': 'Control médico',
    'accion': 'Acción',
    'tipo': 'Tipo de atención',
    'fecha_datos': 'Fecha de registro de datos',
    'aniomes': 'Periodo de atención'
```

```
}

MAPEO_VALORES = {
    'Ubicación': {
        'policlinica zully sÃ¡nchez': 'Policlínica Zully Sánchez',
        'policlÃ-nica paso de la arena': 'Policlínica Paso de la Arena',
        'policlinica los Ãngeles': 'Policlínica Los Ángeles',
        'policlinica yucatÃ¡n': 'Policlínica Yucatán',
        'coordinaciÃ³n': 'Coordinación'
    },
    'Tipo de atención': {
        'control': 'Control médico'
    }
}
```

Figura 16. Mapeo de valores

Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

```
# === Ver valores únicos en la columna "Acción"  (con conteos y %) ===
import unicodedata
import pandas as pd

# 1) Ubicar la columna "Acción" con tolerancia a tilde
col_accion = None
for c in df.columns:
    c_l = str (c).strip ().lower ()
    if c_l in  ("acción", "accion"):
        col_accion = c
        break

if col_accion is None:
    raise ValueError ("No encontré una columna llamada 'Acción'/'Accion'. Revisá list
(df.columns).")

serie = df[col_accion]
total = len (serie)
na = serie.isna ().sum ()

# 2) Conteo crudo  (tal cual viene)
vc = serie.astype ("string").str.strip ().value_counts (dropna=True)

print (f"Columna analizada: {col_accion}")
print (f"Total filas: {total:,} | Sin dato  (NaN): {na:,}")
print ("\n-- Valores de 'Acción'  (crudo):")
for i,  (val, cnt) in enumerate (vc.items (), start=1):
    pct = cnt * 100 / total
```

```
    print (f"{i:02d}. {val!s} -- {cnt:,}  ({pct:.2f}%)")
    if i >= 50:  # limita la salida si hay demasiadas categorías
        break

# 3) Vista normalizada  (minúsculas, sin tildes, espacios colapsados) para detectar
duplicados sutiles
def strip_accents (s):
    if s is pd.NA or s is None:
        return s
    s = str (s)
    s = unicodedata.normalize ("NFKD", s)
    return "".join (ch for ch in s if not unicodedata.combining (ch))

serie_norm =  (
    serie.astype ("string")
         .str.strip ()
         .apply (strip_accents)
         .str.lower ()
         .str.replace (r"\s+", " ", regex=True)
)

vc_norm = serie_norm.value_counts (dropna=True)

print ("\n-- Valores de 'Acción'  (normalizados):")
for i,  (val, cnt) in enumerate (vc_norm.items (), start=1):
    pct = cnt * 100 / total
    print (f"{i:02d}. {val!s} -- {cnt:,}  ({pct:.2f}%)")
    if i >= 50:
        break
```

Figura 17. Código de estandarización de variables

Nota. Elaboración propia a partir de base de datos de División Salud (IMM)

13.10 Análisis de entrevistas

A la hora de llevar a cabo el análisis de las once entrevistas, se decide introducir el método comparativo constante como herramienta de análisis cualitativo. Dicho método forma parte de la Teoría Fundamentada (1967), desarrollada inicialmente por los sociólogos Glaser y Strauss. La incorporación de una técnica de análisis probada resulta fundamental, ya que, como explican los académicos argentinos expertos en investigación social:

> La flexibilidad de los diseños cualitativos no contiene reglas fijas ni procedimientos únicos para la producción y análisis de datos; sin embargo, no queda librada la tarea de investigación solo al criterio personal, el cual puede basar se en el sentido común, muchas veces alejado del método científico, sino que un amplio conjunto de criterios metodológicos orienta y pautan las decisiones. En este documento se presentan algunas de las principales operaciones que han de realizarse en el trabajo con entrevistas: grillado, codificación, formulación de hipótesis, análisis temático y análisis por casos. (Cohen & Gómez, 2019, p. 203).

A partir de esta necesidad de no librar la rama cualitativa de la investigación únicamente al criterio personal, se considera relevante incorporar una serie de criterios

metodológicos que colaboran a orientar y pautar decisiones. En este marco, la decisión de utilizar esta metodología surge de la propia naturaleza del método: “En la comparación constante, el proceso de análisis cualitativo consiste en examinar los datos existentes y realizar una codificación cualitativa para generar teorías a partir de la investigación” (Stewart, s.f., párr. 1). Con la necesidad de optar por una herramienta que permita generar teorías a partir del contenido de las entrevistas, se aplica de forma simultánea en todas las entrevistas.

En términos operativos, este proceso denominado por Néstor Cohen y Gonzalo Sied como ‘Producción y análisis de datos cualitativos’ en el libro ‘Metodología de la investigación, ¿Para qué?’ (2019), se organiza en tres partes: (1) Grillado de las entrevistas transcriptas como parte del proceso de producción de datos cualitativos e inicio del análisis; (2) codificación abierta, que consta de conceptualizar y clasificar los fenómenos observados en los discursos; y (3) Integración de conceptos asociados a los diferentes códigos para elaborar hipótesis. Este último paso corresponde a la etapa de codificación axial propuesta por los sociólogos Strauss y Corbin: “Si bien se continúa trabajando con los registros, la tarea principal es la puesta en relación de las categorías construidas, organizándolas en una densa trama de relaciones conceptuales.” (Cohen et al., 2019, p. 217).

13.10.1 Segmentación: el grillado de las entrevistas

En esta primera instancia, se tiene en cuenta que las entrevistas, de carácter individual, son transcriptas palabra por palabra (a partir de su grabación con teléfonos móviles o mediante Zoom) para realizar un análisis lo más fiel al contenido posible. Para ello, se incorpora la tecnología de la inteligencia artificial *Galaxy AI*, introducida por Samsung en su modelo S24; con el fin de poder realizar una primera transcripción, a la que posteriormente le sigue una corrección manual (añadiendo indicaciones en cuanto al tono y emociones reflejadas).

Debido a la cantidad de entrevistas, cobra especial relevancia la acción de situar los diálogos en la tabla para preparar y organizar el material para su posterior estudio. En este caso, el equipo lleva a cabo una fragmentación del material de las entrevistas en base a campos temáticos, de forma que cada para cada entrevista se separe el contenido según esa delimitación. Esta disposición de los discursos se desarrolla paulatinamente a medida que las entrevistas se transcriben. A su vez, la distribución de la tabla en temáticas (columnas) y entrevistados (filas), facilita la comparación entre las declaraciones vertidas por los entrevistados y ameniza la conexión entre ejes para un mismo participante.

Los ejes temáticos (organizados en columnas) se definen en base a las necesidades de la investigación, y, en consecuencia, de las pautas de entrevistas. Para el caso, los temas y subtemas que constituyen los campos de la grilla surgen de la búsqueda de complementar los hallazgos generados en la base de datos y la encuesta.

La grilla se diseña de la siguiente manera: 1. Especialidades afectadas, 2. Público objetivo, 3. Contexto social: comunidad y familia, 4. Atención en salud e inasistencia, 5.

Comunicación. La sección ‘Especialidades afectadas’ engloba toda mención a especialidades médicas o relacionadas a las mismas, incluyendo definiciones relativas a la función que cumple ese profesional en la sociedad. El eje ‘Público Objetivo’ contiene la información relativa a describir a las personas residentes en la periferia, en general, y en zonas próximas a las policlínicas estudiadas en particular. El área denominada ‘Contexto Social: comunidad y familia’ cubre todos los datos relacionados al contexto físico, sociodemográfico y cultural en el que vive el público objetivo y hace mención de cuestiones relacionadas a la infraestructura del barrio-municipio de residencia. El apartado ‘Atención en salud e inasistencias’ involucra declaraciones dirigidas al sistema de salud, hábitos y cuidados de parte de los pacientes e inconvenientes relacionados a ello. Por último, la sección ‘Comunicación’ apunta a formas que los entrevistados sugieren para relacionarse con el público, las acciones que efectivamente hacen los entrevistados y el punto de vista de los pacientes al respecto.

13.10.2 Conceptualización y clasificación: la codificación abierta

En una investigación cualitativa, más allá de la asignación de un número a cada categoría de respuesta (definición general para el término), la codificación sugiere la asignación de un símbolo indicativo a una porción de los registros, en este caso un fragmento de las transcripciones (Cohen et al., 2019). Para el caso, dado que el objetivo de esta asignación de códigos es la generación de teorías (propósito principal de la Teoría Fundamentada), las categorías emergidas de los discursos son el principio para llegar a un hallazgo: “Como la codificación requiere de la categorización y las categorías no están predefinidas, sino que se elaboran en el propio análisis, la codificación en las investigaciones cualitativas para generar teoría comienza a modo de prueba y error.” (Cohen et al., 2019, p. 209).

En la práctica, este proceso inicia por trabajar columna por columna, infiriendo conceptos a partir de los fragmentos textuales. Cada vez que se encuentra un fenómeno importante, se define un término de modo provisorio y se le asigna una etiqueta para identificar (es decir, un código). Como parte del proceso de codificación abierta, se extraen significados que emanan de los discursos transcritos, analizando cada palabra, frase y oración. Un análisis minucioso implica generar un listado de significados que le permitan al investigador advertir todas las posibles alternativas.

Se optó por oscilar entre la codificación frase a frase y párrafo a párrafo, dado que, a criterio de ellos, en ocasiones la homogeneidad del mensaje no requiere mayores distinciones. La complejidad, sin embargo, radica en definir qué características componen un concepto, y, por lo tanto, qué fenómenos son aptos para ser englobados por este (Cohen et al., 2019). Ese matiz representa un verdadero desafío para el equipo, dado la variedad de conceptos identificados y la relativa similitud entre ellos. Es importante realizar anotaciones en el momento de generación de un código, dado que esto consigue no perder de vista el significado relacionado a ese código. A partir de esta dificultad descrita, se decide asociar

cada código generado con un color diferente, color con el cual pinta los fragmentos de texto donde los encuentran.

Los principales códigos extraídos de los discursos son: ‘Prevención’, relativo a acciones de prevención o donde se exhiba la ausencia de la misma por parte del público objetivo; ‘Educación’, que abarca muestras de necesidad de fomentar educación; ‘Cercanía y Seguimiento’, es decir, importancia de mantener un contacto cercano y continuo en el tiempo con los pacientes; o ‘Marginalidad y aislamiento’, relacionado a muestras de precariedad en todos los ámbitos de la vida.

El nacimiento de estos códigos surge de la comparación de fenómenos dentro de los que se observan similitudes. En estas situaciones es natural que surja la necesidad de crear conceptos nuevos que abarquen los nuevos fenómenos. Es una circunstancia al aplicar una lógica inductiva, ya que las categorías no existen previamente, sino que se plantean provisoriamente a partir de los fragmentos textuales y se afinan a medida que avanza esta etapa. Es fundamental considerar el contexto y quién expresa el discurso, ya que estos elementos pueden implicar un cambio en el significado de un mismo término.

Como parte de ese proceso, se extrae de las entrevistas otros conceptos como ‘Informalidad Laboral’, ‘Prioridades’, ‘Idiosincrasia’, ‘Barreras de Acceso’ (tomando declaraciones de pacientes como base) o ‘Vulnerabilidad Económica’; que exponen situaciones de extrema dificultad en muchos casos, reconociendo la existencia de grupos humanos fuertes, formados por temas o actividades compartidas. De la misma manera, no se desconocen aspectos como la pobreza en su conjunto, las prioridades distorsionadas por tener que cubrir necesidades urgentes y la inestabilidad constante (surgida de la falta de preparación y de oportunidades laborales formales) como elementos que definen a grandes rasgos al público de la periferia. Esto es porque “Las etiquetas para los nuevos conceptos que se elaboran son creadas por el investigador según la imagen o significado que evocan.” (Cohen et al., 2019, p. 211).

A medida que avanza el proceso de codificación y análisis, la variedad de conceptos generados a partir de las entrevistas requiere agruparlos en categorías. Esto es, varios conceptos, mal llamados ‘limitados’, se relacionan con uno que, debido a que puede describir genéricamente lo que pasa, es posible definirlo como categoría en sí misma.

Por ejemplo, los códigos ‘Marginalidad y aislamiento’ y ‘vulnerabilidad económica’ forman parte de la categoría ‘Segregación Social’. El código ‘Inseguridad y violencia’, debido a su alcance (ya que engloba todo tipo de fenómenos que distorsionan las redes sociales de las comunidades), se lo establece como una categoría en sí misma. Los conceptos ‘Informalidad Laboral’, ‘Recurso’ y ‘Estado’, surgidos de las palabras de los entrevistados, se agrupan en la categoría de ‘Infraestructura’ para referirse a elementos del ambiente como los recursos invertidos por el Estado en los barrios, la calidad de las viviendas, el saneamiento y pavimentado de las calles, el funcionamiento del transporte público. También se agrupan los

códigos ‘Prevención (o ausencia de)’, ‘Prioridad’ y ‘Rol de profesional’ en el código (ahora convertido en categoría) ‘Educación’, ya que este involucra a todo lo relacionado al conocimiento (o desconocimiento) que tiene el público objetivo a la hora de llevar a cabo hábitos saludables y controles en el tiempo.

A medida que estas categorías se construyen, las ideas iniciales se conectan, se las coordina y se plantea un camino que dirige la codificación a la búsqueda de opciones distintas a las barajadas anteriormente. A saber, si una mujer que vive en el Municipio D, madre soltera con tres hijos, sin un trabajo formal fijo, prioriza trabajar horas extra para obtener ingresos que le permitan alimentar a sus hijos; el concepto ‘Prioridades’ no parece ser del todo indicado para este tipo de situaciones, por lo que surge el concepto de ‘Desesperación’. De la misma forma, el nacimiento del código ‘Barrera de Acceso’ se origina de la expresión de algunos entrevistados que mencionan el mal estado de la infraestructura barrial o la alta percepción de inseguridad, lo que según ellos representa un impedimento para que las personas puedan concurrir a su consulta médica.

13.10.3 Integración de códigos: codificación axial

Finalizado el proceso de codificación abierta, se descomponen la información para transformar fenómenos en códigos que los identifiquen (Cohen et al., 2019), es momento de la codificación axial. Según Atlas. Ti “(...), la codificación axial pretende unir estos pasos organizando los códigos iniciales en categorías que los investigadores pueden desarrollar en una teoría a través de su análisis empírico.” (Sybing, s.f., párr. 3). Esto quiere decir que, habiendo generado categorías a partir de los conceptos iniciales, para la generación de teorías se requiere establecer relaciones entre las categorías y los códigos que las componen. La principal tarea en este momento es definir cómo se conectan los conceptos a partir de hipótesis que son puestas continuamente a prueba, comparándolas con los datos recolectados en el campo empírico.

Según esta metodología, las hipótesis se plantean convirtiendo los discursos en conceptos abstractos, utilizando la inducción a partir del discurso empírico como la deducción surgida del conocimiento previo (reflejado en las interpretaciones). Al igual que todas las fases de esta metodología, la prueba y error es fundamental:

> Estas interpretaciones deben ser validadas y reelaboradas mediante la continúa comparación con la información que se ha obtenido en el campo empírico. El eventual descubrimiento de contradicciones debe llevar a reexaminar más profundamente el procedimiento seguido y/o buscar variaciones en las categorías, para afinar o modificar los conceptos e hipótesis. (Cohen et al., 2019, p.218)

Siguiendo ese paso a paso, el equipo observa cómo las condiciones que hacen más probable la ‘ausencia de prevención’ son la ‘desesperación’ para resolver necesidades básicas, las ‘Barreras de Acceso’ al sistema de salud y la ‘Segregación Social’, manteniéndolos en un estado de ‘Marginalidad y aislamiento’. A su vez, las ‘Barreras de Acceso’ más recurrentes se suelen relacionar con la ‘Inseguridad y violencia’, que se vive

comúnmente en la periferia de Montevideo, y una 'Infraestructura' insuficiente. Por otra parte, se observa que mayor 'Educación' promovida a través del 'Rol del profesional' y 'Recursos' generan una mayor 'Cercanía y seguimiento' y un 'Seguimiento a largo plazo'.

Es vital considerar el contexto en el que vive el público objetivo, el perfil de los entrevistados y las anotaciones, ya que esta información puede alterar una impresión inicial. Por eso, los informes diseñados por la Intendencia de Montevideo, la información acerca de la inseguridad en la periferia y la encuesta desarrollada para la investigación permiten complementar la información de estas fuentes. El resto de las fuentes, por una parte, una situación precaria (constituida por la falta de preparación, de oportunidades, la segregación social, la falta de recursos), una cultura del trabajo alterada por un legado familiar y un concepto simplista de lo que significa estar saludable (limitándose a la sensación o no de dolor). Por otra parte, demuestran la existencia de comunidades unidas, el funcionamiento de centros polideportivos y clubes sociales que unen los barrios y un impacto positivo de la cercanía y seguimiento de los médicos hacia la población.

13.10.4 Análisis de la grilla por temáticas y participantes

El análisis parte de un conjunto de transcripciones de entrevistas que abarcan más de100 páginas. Llegado este momento, finalizada la codificación, se definen categorías esenciales que engloban conceptualmente lo fundamental de toda la información recolectada.

En esta circunstancia, se decide profundizar y refinar las hipótesis creadas a partir de las fases anteriores, controlando su correlación con los datos en bruto. A partir de esta necesidad, es mandatario volver a la tabla planteada al inicio del análisis para examinar temática por temática y entrevistado por entrevistado. El análisis temático, como definen Cohen y Seid (2019), "permite desarrollar la teoría y a la vez también controlarla" (p. 223). Es esta una oportunidad de pulir las teorías definidas en las fases anteriores, sometiéndose a prueba y error hasta llegar a un shock teórico. Diferente a lo observado en la Teoría Fundamentada que funciona esencialmente para datos cualitativos, en esta investigación las entrevistas (y su posterior análisis) se desarrollan luego del análisis a la base de datos aportada por la División Salud de la Intendencia de Montevideo. En esa fase previa, se analizan las variables edad, sexo, especialidad y policlínica de la Intendencia de Montevideo; motivo por el cual no se profundiza en estos puntos una vez iniciado el período de entrevistas.

Hechas esas aclaraciones, se procede a repasar la información que compone cada una de las cinco temáticas definidas para las entrevistas: 'Especialidades afectadas', 'Público objetivo', 'Contexto social: comunidad y familia', 'Atención en salud e inasistencia' y 'Comunicación'. Se las analiza punto por punto.

13.10.4.1 'Especialidades afectadas'

En la primera columna (desconociendo la primera columna real por contener el nombre de las personas que participaron), se enumeran especialidades médicas o áreas de atención mencionadas por los propios entrevistados. Algunas de estas son: Medicina Familiar y

Comunitaria, Pediatría, Ginecología, Medicina General y Salud Mental. Se identifican como áreas trascendentales para los entrevistados y contienen información vinculadas a inasistencias o carencias de atención. Predominan las menciones a Medicina Familiar, especialidad donde los investigadores, por desconocimiento, deciden hacer mayor énfasis al dialogar con expertos como la Doctora Llaguno o la Doctora Niz.

En menor medida, se hace alusión a la Pediatría, la Ginecología, Salud Mental, entre otras especialidades; las cuáles posteriormente el equipo decide abandonar su profundización por la necesidad de acotar el rango de estudio del proyecto. Aun así, Medicina Familiar y Pediatría a menudo aparecen mencionadas en los mismos fragmentos textuales, pero esencialmente se nombra a la primera como puerta de entrada al primer nivel de atención de salud y forman parte esencial del seguimiento de los núcleos familiares. De ahí que, a partir de las entrevistas, surge la relevancia de fortalecer el seguimiento territorial realizado por los médicos generales y la medicina familiar y comunitaria para disminuir la tasa de inasistencias en las policlínicas analizadas. Tienen, a su vez, un rol fundamental en la educación de los pacientes, al transmitirles hábitos de cuidado, la importancia de la atención prolongada y presencial y de establecer un vínculo más que profesional con ellos.

Por fuera de las especialidades médicas, hay menciones explícitas a otras profesiones que interactúan directamente con los médicos familiares y médicos generales: los agentes comunitarios, los asistentes sociales y los responsables en comunicación. No extraña la presencia de estas profesiones dado que se entrevistan a este público por su interacción directa con el público objetivo, dando una visión realista de los hechos. Los asistentes sociales son mencionados como actores claves en el trabajo social, desarrollando tareas como la articulación con prestaciones e instituciones públicas, diagnósticos domiciliarios y la gestión de recursos para mejorar el día a día de sus pacientes. Los agentes comunitarios, por su parte, forman parte de los equipos sociales, SACUDE, club de niños, CAIF, equipos de enfermería y demás instituciones con los que interactúan estos profesionales. Por último, los responsables de comunicación en este tipo de centros muestran un rol esencialmente operativo: coordinadores de gestión de turnos, administración de los contenidos y en general llevar a cabo una comunicación sea amable y territorial.

13.10.4.2 ‘Público objetivo’

En la segunda columna del tablero, se mencionan diferentes grupos de personas: mujeres y hombres jóvenes, madres solteras, niños, familias vulnerables y personas caídas en diferentes adicciones. Más allá del recorte hecho previamente, es recurrente la mención al público joven y a la alta natalidad observada en esta población, muy por encima de la natalidad observada en los sectores más pudientes de Montevideo. Es común la mención de falta de empleo formal, la informalidad laboral y falta de preparación, la uniparentalidad (normalmente femenina) y la falta de oportunidades en general. Se observa una tendencia a buscar atención solo cuando hay una enfermedad o dolencia latente, denotando una baja medicina preventiva

como se define en la fase anterior del análisis de entrevistas. Por el contrario, esta población prioriza el 'hoy', las necesidades más urgentes, antes que el futuro (accediendo a las policlínicas como un recurso puntual).

Se observan numerosas barreras prácticas para asistir a las consultas: falta de transporte, cuidado de niños o familiares con los que se comparte olla, horarios de trabajo que coinciden con el horario de apertura de las policlínicas, la inseguridad percibida y latente en los barrios de las policlínicas; son todos actores clave que pesan en la mente de los pacientes a la hora de decidir su asistencia o no al encuentro.

13.10.4.3 'Contexto social: comunidad y familia'

Como personas que viven en comunidad, el estudio de esta temática lleva a evaluar cuán conectados está esta población con el resto de la capital. Además, se considera importante conocer el rol de las redes familiares, dinámicas comunitarias y factores psicosociales que condicionan el acceso a la salud. Se describen familias extendidas (es decir, por fuera de la estructura padre, madre, descendencia) que viven en un mismo terreno, pero distintas construcciones. A la misma vez, se observan hogares uniparentales donde el cuidado infantil o los problemas familiares (los cuáles son recurrentes) son una barrera para desarrollar sus actividades.

Las condiciones de vivienda también son un condicionamiento para vivir el día a día. Viviendas con pisos de tierra, la falta de baño, ausencia de veredas, saneamiento o pavimentado, resultan determinantes sociales de salud y un factor de riesgo para jubilados o discapacitados. Pueden a su vez incidir en la imagen que la familia que reside en ese lugar tiene para el resto de barrio, lo que contribuye a reducir sus vínculos sociales con su entorno inmediato.

Más allá de su marginación con respecto al resto de la capital, dentro de sus comunidades, esta población acude a diferentes centros como los centros CAIF, club de niños, Centro SACUDE y demás clubes polideportivos, instituciones públicas y las propias policlínicas. Todos esos establecimientos ofician como puntos de contacto entre una población vulnerable y un Estado que tiene presencia (aunque en ocasiones insuficiente) en estos territorios. En estos centros se comparten actividades culturales y deportivas que colaboran para sacar a los jóvenes de la calle y a las personas mayores de sus casas.

13.10.4.4 'Atención en salud e inasistencia'

La columna reúne fragmentos textuales en los cuáles los entrevistados dan su punto de vista sobre los motivos de ausencia de pacientes a una consulta. Se mencionan el transporte público, el tiempo de traslado, el cuidado de niños, el trabajo informal y el miedo en el barrio como factores externos que influyen negativamente.

Asimismo, se comentan errores propios de las policlínicas como posibles faltas de coordinación entre niveles, insuficiencia de recursos y mala gestión de los datos. También se contrastan horarios ofrecidos por las policlínicas y la accesibilidad de estos: debido a que los

horarios de atención finalizando de forma anticipada (los horarios de finalización oscilan entre las 15:00 y las 18:00 horas), el acceso al servicio por parte de personas que estudian o trabajan se ve limitado, obligándolos a trasladarse más de lo necesario (y exponiéndose a la inseguridad y falta de infraestructura de barrios aledaños).

Se destaca la proximidad territorial como factor vital, contribuyendo a realizar el seguimiento y estar cerca de una población definida como vulnerable. Se resaltan propuestas de parte de estos centros de salud para acercarse a la población (planes de vacunación con colegios, seguimiento domiciliario por parte de trabajadores sociales y médicos, ponderación de turnos en casos críticos). Estas sugerencias apuntan a promover la educación de la población objetivo, la adopción de hábitos saludables y conciencia sobre su salud.

Los entrevistados recomiendan posibles soluciones operativas, como la creación de una aplicación para realizar recordatorios a los pacientes, ajustes en las agendas para volverlas más dinámicas, optimizar canales de comunicación y solicitud de consultas.

13.10.4.5 'Comunicación'

En el ámbito de la comunicación, en base a los fragmentos extraídos de las entrevistas al personal de las policlínicas, se insiste en buscar construir un ambiente que reciba y espere con amabilidad a los pacientes. Estos entienden que dar una cálida bienvenida, acompañada de un trato personal, cercano y humano, mejora la adherencia al servicio y reduce el riesgo de inasistencia.

En ese sentido, se resalta el valor de la continuidad con un mismo médico de cabecera y la construcción de un vínculo cercano entre el médico y el paciente. Según la médico familiares entrevistadas, esta conexión consigue liberar al paciente de tapujos para exponer sus inseguridades y afrontar sus dolencias y enfermedades. Como muestra de esa voluntad, el propio personal médico (en el caso de Los Ángeles) busca promover que todo el personal de la policlínica conozca los nombres de los pacientes. No es posible afirmar que suceda lo mismo en la policlínica Casavalle. Siguiendo ese camino, se pondera al médico tratante por sobre un médico cualquiera, a la hora de asignarle un turno (o explicar un procedimiento) a un paciente para una especialidad cualquiera. Es clave mencionar que, según los entrevistados, no se han llevado campañas de comunicación por parte de estas policlínicas, lo que demuestra una oportunidad para este proyecto.

Se realizan críticas hacia el Estado y su asignación de recursos. Las mismas apuntan a un accionar reactivo, es decir, a partir de la aparición de un síntoma. Se proponen, por otra parte, campañas proactivas que promuevan la prevención y los recordatorios como vía para anticiparse a los problemas. Para ello, se sugiere la colaboración de todos los recursos posibles: porteros de las policlínicas, trabajadores sociales, agentes comunitarios, centros CAIF, escuelas, hasta centros culturales y deportivos como SACUDE.

13.10.5 Fase de síntesis

Realizado todo este análisis, se requiere sintetizar y agrupar los hallazgos observados.

Para ello, se aplica la denominada codificación selectiva: “está enfocada en resolver y completar el esquema teórico, seleccionando las categorías principales.” (Cohen et al., 2019, p.226). Es el producto de este análisis los hallazgos de la sección ‘Entrevistas’, donde se condensan los descubrimientos observados y resume la adquisición de nuevos conocimientos.

13.11 Análisis FODA de las policlínicas Casavalle y Los Ángeles

13.11.1 Fortalezas

Oferta integral del primer nivel de atención: disponen de las especialidades esenciales para abarcar la atención primaria de la población (medicina general, medicina familiar y comunitaria, ginecología/obstetricia), pediatría, enfermería), según datos de la Intendencia de Montevideo.

Servicio odontológico amplio: promueven, prevé y rehabilitan problemas relacionados a la salud bucal de los usuarios (incluyendo protésica, ortopedia y rehabilitación), según el portal de policlínicas barriales de la Intendencia; reduciendo derivaciones y mejorando la continuidad en el control

Programa de salud sexual y reproductiva: las policlínicas brindan un asesoramiento integral y acceso a métodos anticonceptivos, el acceso a los mismos, atención a enfermedades y control de embarazos.

Cercanía con el público: según relatan los profesionales que trabajan en estos centros de salud, los pacientes por lo general son vecinos del barrio en el que se encuentra la policlínica.

Transporte Público: ambas policlínicas tienen líneas locales de transporte público que acercan al público de estos centros a pocas cuadras de los mismos, reduciendo distancias y facilitando la llegada.

13.11.2 Oportunidades

Horarios más amplios: para cubrir la demanda fuera del horario laboral habitual, facilitando el acceso a trabajadores y estudiantes de los diferentes niveles.

Articulación con organizaciones barriales: ya sea con comisiones barriales, escuelas o asociaciones juveniles, un plan ejecutado en conjunto con centros locales les permite a las policlínicas alcanzar a un porcentaje más amplio de la población.

Envío automatizado de recordatorios: para evitar el olvido de una consulta por parte de un paciente sin tener que depender de la acción manual de un empleado de la policlínica, el envío automatizado en base a una fecha asignada logra reducir el riesgo de olvido sin depender de una persona

Relación de centros de salud con instituciones barriales cercanas: el trabajo en conjunto de organismos barriales con las policlínicas tiene el potencial de poder reunir una gran masa de personas para poder amplificar el alcance de las acciones propuestas.

13.11.3 Debilidades

El horario reducido perjudica a parte del público que, para asistir a una consulta o

poder solicitar un turno de forma presencial, necesita pedir permiso en el trabajo, generando una fricción extra (esto se acentúa más en Casavalle, ya que la policlínica cierra 15:00hs).

Capacidades limitadas en laboratorio y diagnóstico: por el hecho de ser centros barriales de la intendencia, su alcance en cuanto a variedad de estudios y tratamientos aplicados es limitado, requiriendo derivaciones a hospitales públicos o policlínicas de ASSE.

13.11.4 Amenazas

Infraestructura pobre: calles en mal estado, zonas oscuras, territorios inundados durante días de lluvia, son parte del día a día del entorno de la policlínica. Estas deficiencias pueden llevar a que la persona tenga inconvenientes para trasladarse en días que no sean de buen clima

Delincuencia: Tanto Unidad Casavalle (Policlínica Casavalle) como el Barrio Municipal (Policlínica Los Ángeles), forman parte de una misma zona y tienen problemas en común, la inseguridad. Ya sea por la recurrente circulación de motos sin chapa o casco, la escucha de tiroteos durante las noches o la escasa presencia estatal, la inseguridad percibida y constatada en datos es una amenaza para la comparecencia de los pacientes a la policlínica. Posible abandono de servicios: dado que los pacientes tienden a acercarse a la policlínica frente a un malestar percibido, la falsa creencia de estar saludables puede llevar a que se ausenten a sus consultas, desvinculándose del sistema de salud.

13.12 Herramientas de ideación

A continuación, se presentan tres herramientas utilizadas una vez finalizada la investigación y concluidos los hallazgos en las siguientes herramientas. Su aplicación busca enriquecer el diseño del plan de comunicación propuesto a partir de técnicas utilizadas habitualmente en procesos creativos en contextos de *Design Thinking* (metodología que, valga la aclaración, no fue aplicada para el diseño de este proyecto).

Primero, el objetivo de los mapas mentales es observar a nivel conceptual la relación entre diferentes variables que parten de un tema central y tener una visión global y simplificada de estas relaciones. Segundo, el objetivo del cuadro de diseño de marketing es organizar los campos temáticos antes definidos y asegurarse que estos sigan los mismos criterios a la hora de elaborar acciones. Permite organizar el plan por niveles de prioridad (el rojo indica el eje más urgente de implementar, mientras que el verde indica menor urgencia) y períodos de tiempo (bajo, medio o largo plazo) requeridos para su aplicación y consolidación durante los meses o años siguientes. Por último, la técnica SCAMPER busca estimular la generación de ideas para resolver un problema. En este caso, el problema planteado surge de la sección ‘Conclusión Final de la Investigación’, y apunta a producir ideas que se adapten a los ejes temáticos definidos en el mapa mental. Se divide en siete secciones que aportan visiones distintas sobre el mismo problema: ‘Sustituir’, ‘Combinar’, ‘Adaptar’, ‘Modificar’, ‘Poner en otro uso’, ‘Eliminar’ y ‘Reducir’ (o reorganizar).

13.12.1 Mapa mental

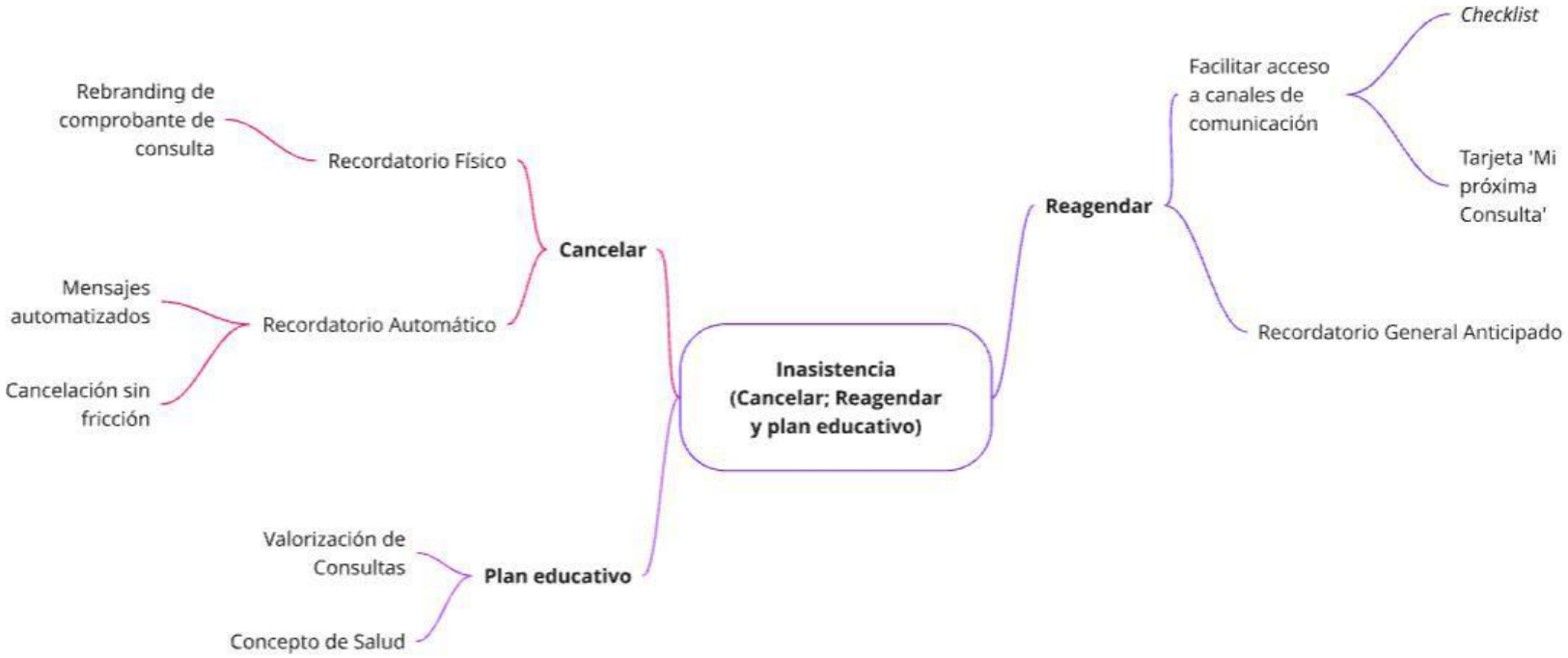


Figura 18. Mapa Mental del plan de comunicación
Nota. Elaboración propia.

13.12.2 Cuadro de diseño de marketing

Titulo	Objetivo general	Temporalidad	Mensaje	Publico/Mensaje o'bjetivo	Formato	Canal
Reagendar	Beneficio Perjuioio al usuorio	Mediano Plozo	Beneficio del usuo.rio IReprogrormn *es* parte del procesoJ		Folleto; 6:9; boca o boco; chorlos	Redes socioles (focebook. instagrom V whotsopp) IMF(usu□nos criticosI Asistente socioles/Agente oomunitarios Centro multitudino nos ISACUDE; Colegio; organizaciones borriales; elcJ Cen- publico IPrivodo/Publicol
Concelar	Ben<:> cio Perjuiclo cl sisterna	Colll:Opla;!O	O;,muniooo CCVioorno,; entre Yecinos: libero el turno)	El usuario se sirua en el OiInlro del metl$(lje, con t'!Infosis en el cuidodo ina01lduol *y* e'l cuidodo comun- ,;,riQ_ En este conle o.el cuidado se entiende co:mo el blenestar - icolmental., mientrras que el cuidado comunitario inciide directomente en dicho bienesftar_	Folleto; 6-bocaaboco; ohor1as	Redes socioles (focebook, instogrom V whotsopp) Centro muttitudinarios (SACUDE; Colegio; organizaciones banioles; etc) Centro publico (PrivadoJPublico)
Nan-• 11	Solucl en primem 1nstonclo Beneflcios de osistir COil MG/MF	largo plaza	Controlartete hace bien		Folleto; 6:9; boco o boco. chorlas ; londingpage	Redes socioles (focebook, instcgrom y whotscpp) Mt'!clcos Asistente sooiales/Agente oomunitorios Caru,leria Policlinico Centro multltudina rios (SACUDE; Colegio; organizaciones borrioles; etcJ Cen- publico IPrivodo/Publicol

Figura 19. Cuadro de Diseño de Marketing
Nota. Elaboración propia.

13.12.3 SCAMPER

S ustituir	**C** ombinar	**A** daptar	**M** odifircar	**P** oner otros usos	**E** liminar	**R** educir
Organos públicos (Ministerio de Salud, Educación, intendencia de Mdeo, etc)	Plan educativo (comunicación interpersonal; autoconomiento)	Adultos/jovenes con discapacidad charlas adaptativas	Altoparlantes usarlo para otro tipo de mensajes (campañas de vacunación, etc)	Altoparlantes usarlo para otro tipo de mensajes (campañas de vacunación, etc)	Eliminar el enfoque ameno, darte responsabilidad de tus acciones	Reordenar calendario: en vez de "largo plazo" puro, hacer "pulsos" mensuale
Organización sin fines de lucro (SACUDE; etc)	Reagendar (lograr actualizar datos de celulares; correos, etc que puede ser usado en otra cosa)	Cuidados básicos (sin importar la edad)	Pared de omnibus (Vía publica)	Speech de los medicos/agentes/asistentes antes de cerrar una consulta	Eliminas parte teórica del plan educativo, hacer demostración	Profesionalidad únicamente comunicar concepto de salud
Telemedicina (ej zoom)	APP de reagendar y cancelar	Folleteria dentro numero de celular, landing page, redes sociales	Posibles vías de transporte a la policlínicas (Folletos, Redes Sociales, etc)	En el papel que te dan por la consulta, agregar los contactos de reagendar y cancelar	Eliminar ambigüedad del canal (No generar redundancia no pensada)	Solamente canceles por mensaje de forma sencilla
Organizaciones barriales	Charlas ampliando a otros barrios o municipios	Reagendar o cancelar una consulta con un mensaje, tambien puedas agendarlo en un mensaje	Asamblea medico/paciente (sus problemas, etc)	Charlas educativas a los jóvenes (sumar a los padres/tutores)	trabajador/asist social como gestor	Reagendar sin consultar 1 mes minimo de distancia, no se cambia horario

Figura 20. SCAMPER
Nota. Elaboración propia

Los cuadrados pintados de verde son aquellos considerados más valiosos y practicables para el alcance de un plan de comunicación como el que se presenta. Los restantes, pintados de amarillo, son ideas surgidas en la aplicación de esta técnica, que no se consideran tan valiosos en el momento de desarrollo de la dinámica (aunque después pueden ser usados si se les observa una utilidad).

13.13 Ubicación de las policlínicas

En paralelo al análisis de las bases de datos, se realizó un relevamiento de las cinco policlínicas con mayor nivel de inasistencia: Casavalle, Los Ángeles, Punta de Rieles, La Paloma y Bellán, todas ubicadas en el territorio de Casavalle. Con el fin de contextualizar estos resultados, se procedió a su localización y al mapeo de la oferta sanitaria cercana, considerando tanto policlínicas y hospitales de ASSE como centros de salud del subsector privado. Se observó que, en el entorno de las policlínicas Casavalle y Los Ángeles, no se identificaron centros de salud públicos ni privados a una distancia menor a 15 cuadras.

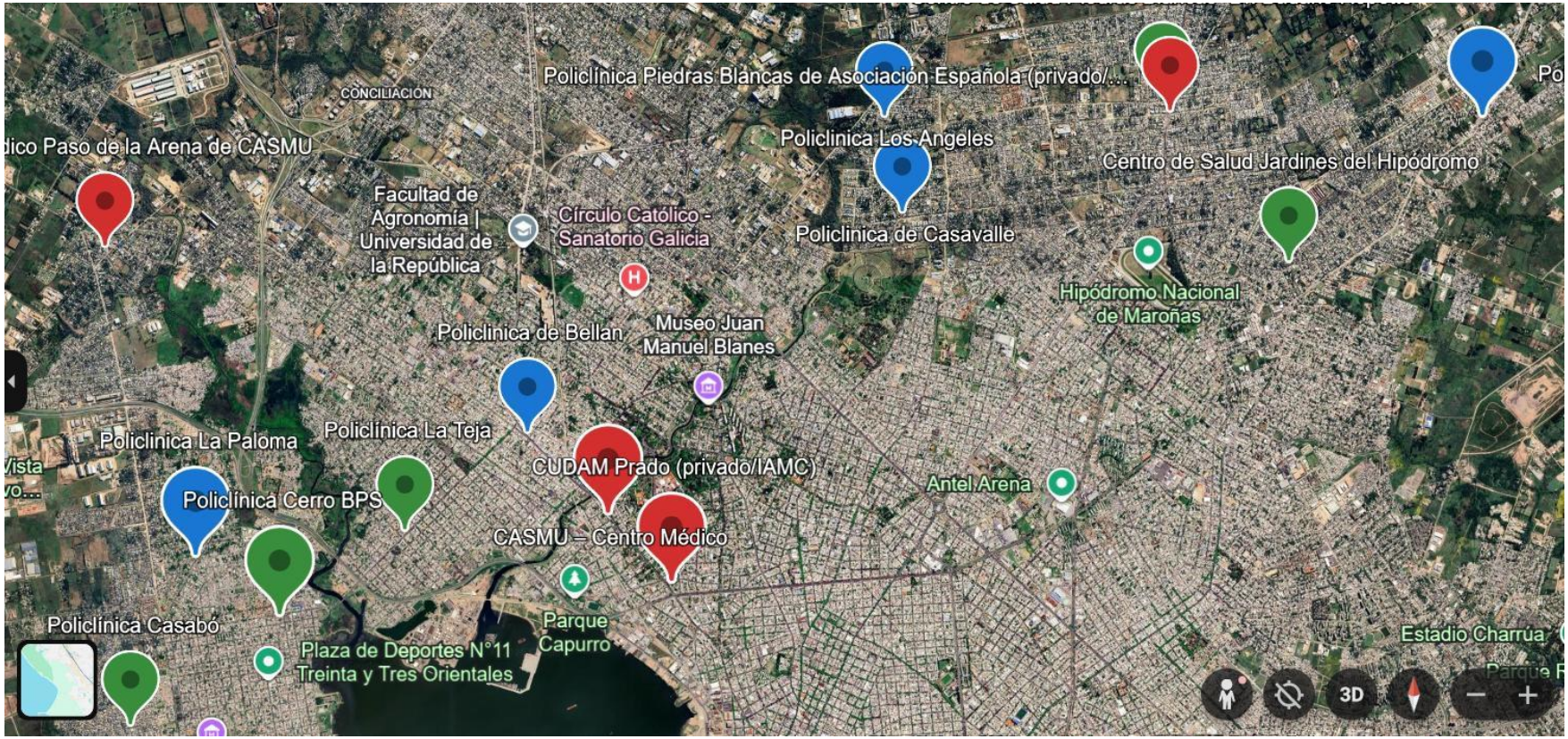


Figura 21. Imagen satelital del noroeste de Montevideo
Nota. Elaboración propia a través de Google Earth

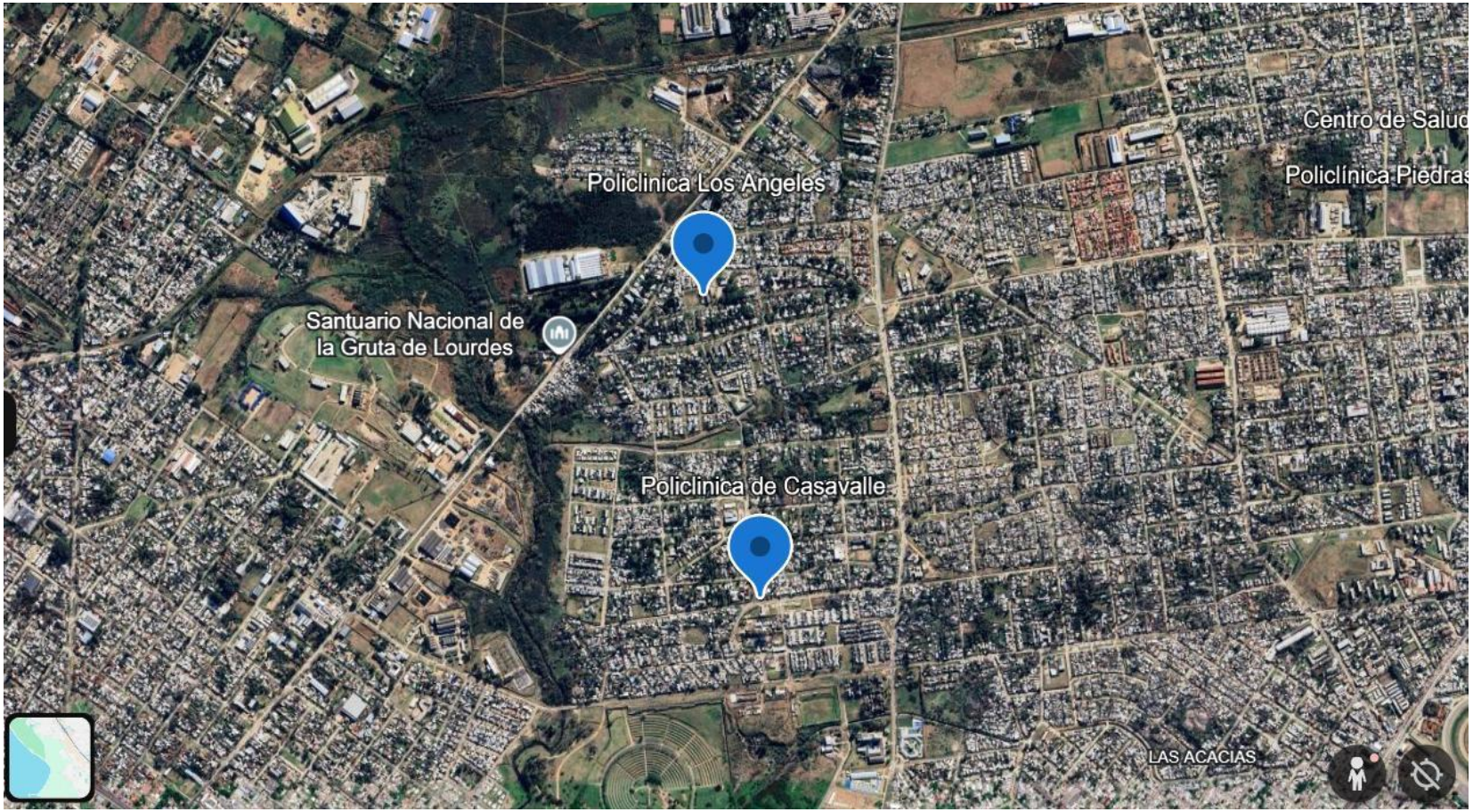


Figura 22. Imagen satelital de policlínicas Casavalle y Los Ángeles
Nota. Elaboración propia a través de Google Earth

13.14 User persona

13.14.1 Mariana López (35-49 años)



Figura 23. User Persona 1
Nota. Elaboración propia

13.14.2 Sebastián Rodríguez (20-34 años)

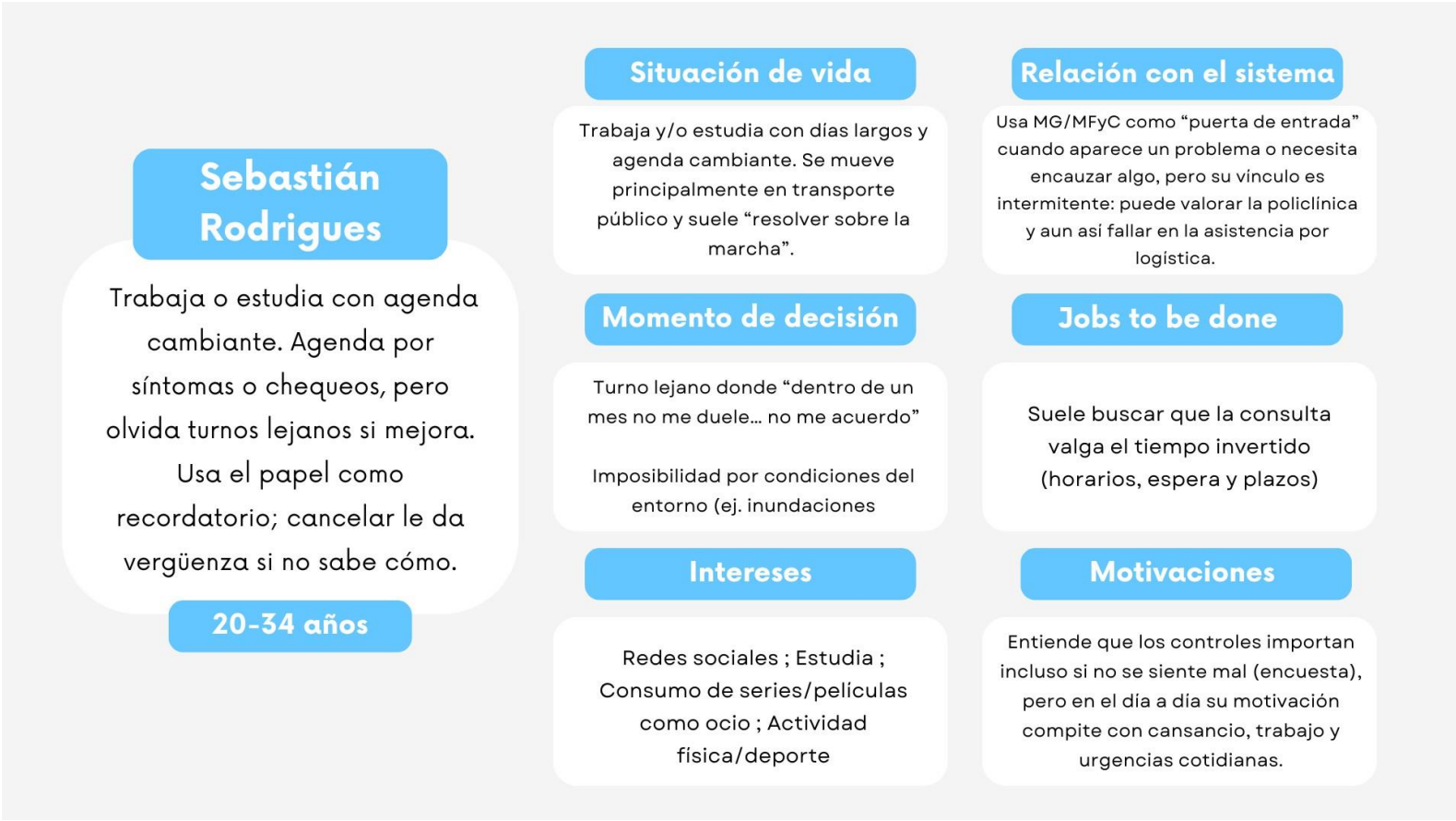


Figura 24. User Persona 2
Nota. Elaboración propia

13.15 Prototipos

13.15.1 Remodelación de ticket comprobante



Figura 25. Nuevo ticket comprobante de turno médico
Nota: Adaptado a partir de ticket compartido por paciente (comunicación personal)

13.15.2 Mensaje directo automático al teléfono del paciente por WhatsApp

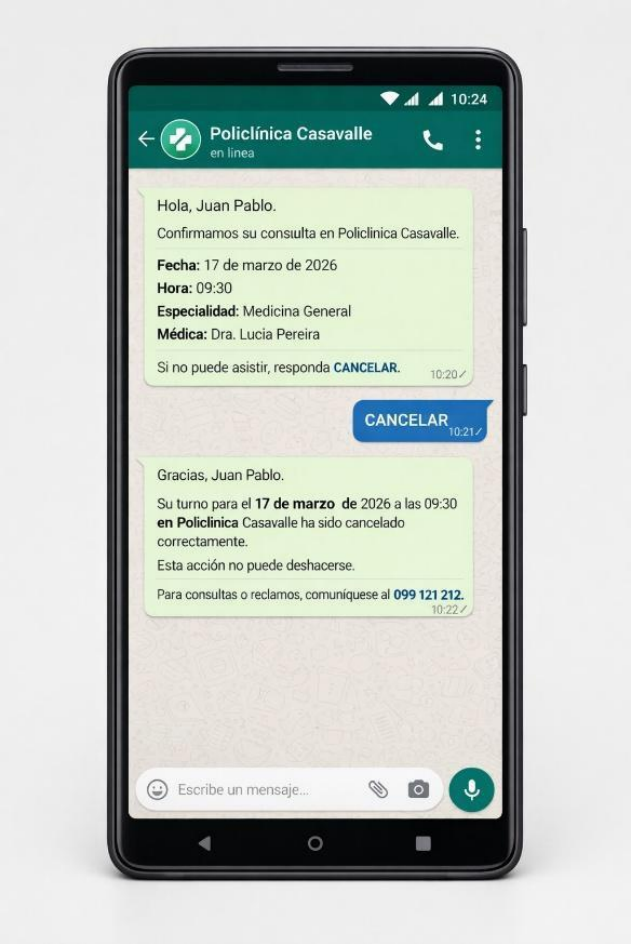


Figura 26. Recordatorio por mensaje directo
Nota: Elaboración propia

13.15.3 Instrucción bilateral: temas a tratar y tarjeta ‘Mi próxima consulta’



Figura 27. Instrucción Bilateral
Nota: Elaboración propia

13.15.4 Mensaje mensual comunitario



Figura 28. Mensaje Mensual Comunitario
Nota: Elaboración propia

13.15.5 Kit Educativo para la Prevención en Salud (KEPS)



Figura 29. Cartelería 1 Kit Educativo
Nota: Elaboración propia

13.15.5.1 Cartelería



Figura 30. Cartelería 2 Kit Educativo
Nota: Elaboración propia

13.16 Consulta finalizada e inasistencia por rango de edad

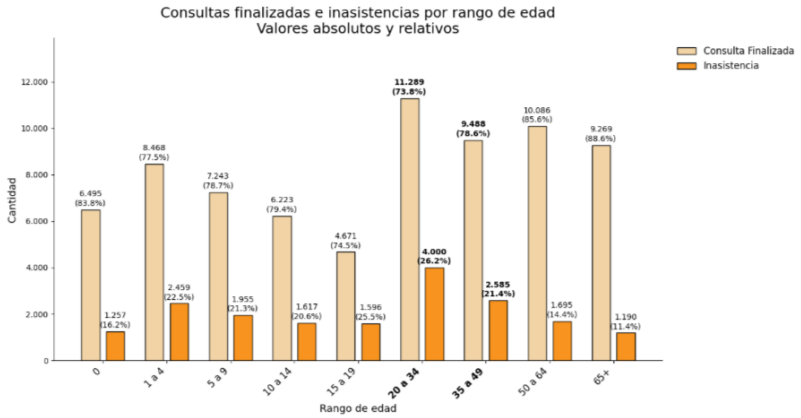


Figura 31. Consulta finalizadas e inasistencia por rango de edad
Nota: Elaboración propia

13.17 Comprobante



Figura 32. Comprobante de consulta
Nota: Comprobante obtenido en una policlínica de la Intendencia de Montevideo