



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
Y DE ADMINISTRACIÓN

POSGRADOS



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE ADMINISTRACIÓN

TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL TÍTULO DEL
DIPLOMA DE POSGRADO EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

GESTIÓN POR PROCESOS EN LA POLICLÍNICA DE SALUD RENAL DEL HOSPITAL
DE CLÍNICAS: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Por

Giuliana Ferme

Leonardo Ferreira

Bruno Franco

Lucía Nuñez

TUTOR: Dra. Ana Sollazzo

COORDINADOR: Dra. Ana Sollazzo

Cra. Ana Mariela Rodríguez Facal

Montevideo

URUGUAY

2025

Página de Aprobación

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final:

Título

.....
.....
.....
.....

Autor/es

.....
.....

Tutor/Coordinador

.....
.....

Posgrado

.....
.....

Puntaje

.....

Tribunal

Profesor.....
(nombre y firma).

Profesor.....
(nombre y firma).

Profesor.....
(nombre y firma).

FECHA.....

RESUMEN

Este Trabajo Final aplica la gestión por procesos para describir y analizar el circuito asistencial de la Policlínica de Salud Renal del Hospital de Clínicas. El servicio es esencial para la prevención y el seguimiento ambulatorio de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). El volumen de actividad es alto, registrando 2.083 consultas durante el año 2023.

La metodología empleada fue un diseño descriptivo-analítico que incluyó la revisión de normativas del Fondo Nacional de Recursos (FNR), la observación directa y entrevistas al equipo de salud.

El análisis muestra que, si bien la atención clínica se alinea con las pautas del FNR, la gestión de los turnos no está estandarizada. La asignación de citas para la primera consulta y el seguimiento se realiza según la disponibilidad de la agenda o el orden de solicitud. No existe un sistema formal para clasificar la prioridad clínica de los pacientes antes de su llegada a la policlínica. Esta variabilidad genera que el proceso dependa de la gestión individual de cada profesional.

Por ello, se propone implementar un sistema de priorización protocolizado para la coordinación de citas, que estratifica a los pacientes en tres grupos según su riesgo clínico (Prioridad Alta, Media y General). Este procedimiento busca transformar la gestión de la demanda asistencial, orientándola a un modelo planificado y basado en el riesgo, lo que fortalece la eficiencia y la oportunidad de la atención al paciente renal.

Palabras Clave:

Gestión por procesos; Enfermedad Renal Crónica (ERC); Continuidad Asistencial;

Salud Renal; Policlínica:

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
MARCO INSTITUCIONAL.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	16
General.....	16
Específicos.....	16
METODOLOGÍA.....	17
TRABAJO DE CAMPO.....	21
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.....	28
PROPUESTA DE MEJORA.....	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	44

INTRODUCCIÓN

La gestión de los servicios de salud atraviesa un cambio de paradigma fundamental, transitando desde modelos jerárquicos y fragmentados hacia enfoques horizontales centrados en el usuario y en la continuidad asistencial. En este contexto, la gestión por procesos se presenta como una herramienta indispensable para comprender el flujo real de la atención, identificar inefficiencias y generar valor para el paciente.

El presente Trabajo Final se centra en el análisis del proceso asistencial de la Policlínica de Salud Renal del Hospital de Clínicas, un servicio clave dentro del sistema sanitario uruguayo dedicado a la nefroprevención y el seguimiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Dado el impacto de la patología renal en la salud pública y la creciente demanda asistencial —evidenciada por las más de 2.000 consultas anuales registradas en el servicio—, resulta imperativo asegurar que los mecanismos de acceso y seguimiento sean eficientes, equitativos y oportunos.

A pesar de la excelencia técnica y académica del Servicio de Nefrología, la observación preliminar sugiere que la coordinación de las consultas y el seguimiento de los pacientes se realizan, en gran medida, mediante criterios clínicos aplicados en el momento, sin un sistema formalizado de priorización previo a la llegada del paciente. Esta situación puede generar variabilidad en la atención y dificultades en la gestión de la demanda.

El objetivo principal de este trabajo es describir y analizar dicho proceso asistencial bajo la óptica de la gestión por procesos, para detectar oportunidades de mejora y diseñar una propuesta concreta que optimice la coordinación de la atención. Para ello, se ha adoptado una metodología

descriptivo-analítica que incluye la revisión de normativas del Fondo Nacional de Recursos (FNR), entrevistas a informantes calificados y la observación directa del flujo de trabajo.

El documento se estructura de la siguiente manera:

- Se inicia con el Marco Teórico y Marco Institucional, que contextualizan la gestión clínica moderna y describen el rol del Hospital de Clínicas y su Servicio de Nefrología.
- Posteriormente, en el Trabajo de Campo, se presenta la "fotografía" actual del funcionamiento de la policlínica, detallando paso a paso el recorrido del paciente.
- En el Diagnóstico de Situación, se contrastan estos hallazgos con las pautas del Programa de Salud Renal del FNR, identificando las brechas existentes.
- Finalmente, se presenta una Propuesta de Mejora enfocada en la protocolización de la priorización de citas, cerrando con las Conclusiones y Recomendaciones finales.

MARCO TEÓRICO

EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN EN SALUD

En las últimas décadas, la gestión de los servicios de salud ha cambiado de forma profunda. Los modelos tradicionales —jerárquicos, verticales y muy centrados en la estructura administrativa— fueron pensados para otra época: contextos más simples, con menos demanda y con organizaciones más pequeñas. Pero el escenario actual es distinto. Los sistemas de salud se volvieron más complejos, los servicios se diversificaron y las personas esperan mucho más de quienes los atienden. Frente a ese nuevo panorama, aquellos viejos modelos empezaron a mostrar sus límites: se volvieron lentos, poco coordinados y, muchas veces, ineficientes.

Por eso surge la necesidad de avanzar hacia **modelos de gestión horizontales**, que integren los distintos niveles de atención y fomenten el trabajo conjunto entre profesionales de diferentes disciplinas. En el centro de todo, debe estar el usuario. Este cambio implica pasar de una gestión basada en funciones aisladas a una mirada mucho más amplia, enfocada en los procesos. En otras palabras, el eje deja de ser la estructura interna de la organización y pasa a ser el recorrido real del paciente a través del sistema de salud.

Tanto la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** como la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** insisten desde hace años en lo mismo: la calidad y la equidad solo pueden alcanzarse si los sistemas son capaces de articular procesos asistenciales continuos, coordinados y centrados en la persona (OPS, 2007; OMS, 2000). En definitiva, cuidar bien a una persona no depende de un servicio aislado, sino de que todo el sistema funcione de forma integrada, acompañándola en cada paso de su atención.

GESTIÓN POR PROCESOS Y ENFOQUE HORIZONTAL CENTRADO EN EL PACIENTE

La gestión por procesos no es un método rígido, sino una forma de comprender cómo se organiza el trabajo en salud. Propone mirar la atención no desde las funciones o jerarquías, sino desde las actividades que efectivamente generan valor para quien recibe el servicio (ISO 9001:2015). En el ámbito sanitario, esta perspectiva cobra sentido cuando se observa el recorrido del paciente como un proceso continuo: una secuencia donde cada etapa influye en la siguiente y en la experiencia global de atención.

En la práctica, muchos servicios funcionan de manera fragmentada, con áreas que operan como compartimentos aislados. Esta fragmentación genera demoras, repeticiones, fallas de comunicación y pérdida de coherencia asistencial. Los Procesos Asistenciales Integrados — como señalan Dotor Gracia y Fernández García (2009) en la Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales Integrados de Andalucía— buscan precisamente lo contrario: garantizar continuidad, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y situar a la persona como protagonista activa de su cuidado.

Este enfoque se articula con modelos contemporáneos de gestión sanitaria que promueven estructuras más horizontales. Pasar de un esquema vertical, centrado en decisiones aisladas y servicios poco comunicados, a uno horizontal implica trabajar con mayor coordinación, transparencia y cercanía. Berwick (2018), al describir la “Era 3 de la medicina”, destaca tres pilares fundamentales: la mejora continua, la transparencia y la creación compartida de valor entre profesionales y pacientes. Desde esta lógica, el paciente deja de ser un receptor pasivo y participa activamente en su proceso, aportando información y contribuyendo a la toma de decisiones.

La gestión por procesos se integra de forma natural con este paradigma horizontal, porque permite seguir el trayecto del paciente de principio a fin, identificar puntos críticos y ajustar la organización en función de la experiencia real. No se trata solo de medir eficiencia, sino de asegurar que el sistema funcione de manera articulada, con roles claros, responsabilidades definidas y circuitos que respondan a las necesidades de las personas.

PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS Y GESTIÓN CLÍNICA

Los **procesos asistenciales integrados (PAI)** son, en la práctica, la forma más concreta de aplicar la gestión por procesos dentro de la salud. No son una teoría lejana, sino un conjunto de acciones coordinadas que aseguran que la atención del paciente se mantenga continua, sin cortes, sin importar en qué nivel o institución esté siendo atendido.

En el **modelo andaluz** —que hoy es un referente importante en América Latina— los PAI se definen como instrumentos que “integran prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, siguiendo la secuencia real que vive el paciente” (Junta de Andalucía, 2009). Dicho de otro modo, buscan reflejar el recorrido verdadero de la persona dentro del sistema, no el esquema ideal que a veces se dibuja en los manuales.

Dentro de este marco, los profesionales ganan protagonismo. Tienen más autonomía y también más responsabilidad sobre la organización de los recursos. Esto les permite orientar las decisiones con mayor criterio, apuntando a la **efectividad** y la **calidad** del cuidado. Es una forma de gestión clínica que confía en el saber del equipo, en su experiencia y en su capacidad para mejorar el proceso desde adentro.

Además, los PAI promueven principios que le dan sentido humano al trabajo sanitario: la **personalización de la atención**, la **continuidad asistencial**, la **participación activa del paciente**, la **humanización del cuidado** y la **mejora continua**. Son valores que encajan

plenamente con la orientación del **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** uruguayo, que viene fortaleciendo una atención integral y centrada en la persona (INACAL, 2015).

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El concepto de **calidad en salud** ha cambiado mucho con el tiempo. Antes, estaba casi por completo asociado a la técnica médica o a la precisión de los procedimientos. Hoy el panorama es más amplio: la calidad también tiene que ver con la **seguridad del paciente**, la **oportunidad de la atención**, la **eficiencia en el uso de los recursos**, la **equidad** y, por supuesto, la **satisfacción de quienes reciben el servicio** (OMS, 2006).

En Uruguay, el Libro Blanco de Mejora de la Calidad en la Salud (INACAL, 2015) lo deja muy claro. Plantea que la atención debe enfocarse tanto en la **prevención y promoción** como en la **eficiencia del sistema**, para evitar los costos de la “no calidad” y lograr mejores resultados. Esa idea está totalmente alineada con la mirada internacional de la **OMS** y la **OPS**, que desde hace años promueven la **mejora continua de los procesos** como camino central para alcanzar una atención segura, sostenible y coherente con las necesidades reales de la población.

Vale aclarar que la gestión de la calidad no se limita a cumplir normas o pasar auditorías. Es mucho más que eso: supone construir una **cultura de aprendizaje permanente**, donde los errores no se esconden sino que se analizan, se entienden y se transforman en oportunidades de mejora. En ese sentido, el **Ciclo de Deming o PDCA (Planificar–Hacer–Verificar–Actuar)** sigue siendo una herramienta clave y sencilla para guiar este proceso (Deming, 1986).

Así, la calidad se convierte en algo vivo, en movimiento. No es un punto de llegada, sino un camino constante. Cada evaluación, cada revisión o ajuste, debería servir para mejorar las prácticas y fortalecer la capacitación del personal. En definitiva, **mejorar la calidad es aprender a mejorar todos los días**.

GOBERNANZA Y RECTORÍA: MARCO INSTITUCIONAL DEL CAMBIO

Ni la **gestión por procesos** ni la **gestión de la calidad** funcionan bien si no hay un entorno institucional que las sostenga. Hace falta coordinación, liderazgo y, sobre todo, coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. La **OPS (2007)** lo viene señalando desde hace tiempo: reforzar la **función rectora de la autoridad sanitaria** es clave para dar coherencia a las políticas, asegurar una regulación justa y mantener un seguimiento real del desempeño. En cierto modo, si no hay conducción firme, todo lo demás termina dependiendo del esfuerzo individual, y eso no alcanza.

Por otro lado, **Castilla (2008)** amplía este concepto con la idea de **gobernanza**. Explica que una buena gobernanza en salud pública se apoya en varios pilares: conducción estratégica, transparencia, participación, equidad y rendición de cuentas. En definitiva, no se trata solo de “gestionar” sino de **conducir con propósito**, con visión y con sentido colectivo.

Si lo miramos desde el contexto uruguayo, cobra aún más sentido. Los servicios de salud no pueden funcionar como compartimentos separados. Necesitan integrarse en una red más amplia, donde compartan principios comunes: calidad, responsabilidad y trabajo colaborativo. No es perder autonomía, es ganar coherencia.

Y, como bien plantean **Murray y Frenk (2000)**, todo sistema de salud debería perseguir tres grandes metas: **mejorar la salud, responder a las expectativas de la población y garantizar la equidad financiera**. Para lograrlo, la organización de los procesos asistenciales y la evaluación continua de resultados son una necesidad.

INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL CONTEXTO URUGUAYO

En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) ha planteado de forma sostenida la necesidad de avanzar hacia una mayor articulación entre el sector público y el privado, con especial énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria y en la mejora de la calidad de los servicios de salud (INACAL, 2015). En este contexto, la gestión por procesos se presenta como un enfoque consistente y pertinente para acompañar dichos objetivos.

Este modelo no solo contribuye a mejorar la eficiencia y la transparencia de las organizaciones, sino que también permite identificar, medir y evaluar resultados concretos, facilitando la toma de decisiones basada en información objetiva. Aspectos que pueden parecer secundarios adquieren relevancia al analizar su impacto directo tanto en la experiencia de los usuarios como en las condiciones de trabajo de los equipos de salud.

La aplicación de la gestión por procesos posibilita identificar puntos críticos dentro del recorrido asistencial, establecer indicadores, introducir mejoras y evaluar nuevamente su desempeño. De esta forma, se favorece una visión ordenada y continua de la atención, que permite comprender el proceso en su conjunto sin perder de vista cada una de sus etapas.

Asimismo, la adopción de este enfoque mejora la trazabilidad de la atención, fortalece la comunicación entre los distintos actores involucrados y refuerza la continuidad asistencial. Estos elementos se encuentran alineados con los principios de calidad, gobernanza y rectoría promovidos por la Organización Panamericana de la Salud y por los lineamientos nacionales impulsados por el INACAL.

Consideradas de manera integrada, la gestión por procesos y la gestión de la calidad constituyen dimensiones complementarias de un mismo enfoque organizacional. Su articulación permite

ordenar los servicios de salud, hacerlos más comprensibles y ágiles, y orientarlos de forma más clara hacia las necesidades de las personas. Cuando estas herramientas se aplican de manera sistemática, contribuyen a mejorar la eficiencia institucional y la transparencia, con impacto directo en la práctica cotidiana.

Este enfoque implica un cambio organizacional que trasciende los aspectos técnicos. Supone avanzar desde modelos de trabajo fragmentados, en los que cada área opera de forma aislada, hacia esquemas integrados que reconocen que los resultados dependen del funcionamiento conjunto del proceso. En este sentido, la relevancia no reside únicamente en el cumplimiento de tareas específicas, sino en la comprensión de cómo cada etapa incide en la experiencia del usuario.

En síntesis, la gestión por procesos ofrece un marco estructurado para organizar actividades, coordinar responsabilidades y fortalecer la dimensión humana de la atención. Al promover una visión integral del recorrido asistencial, contribuye a consolidar instituciones de salud más coherentes, responsables y centradas en las necesidades de las personas dentro del sistema de salud.

MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” es un hospital general de agudos dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR). Es un centro asistencial, docente y de investigación, orientado a la formación de recursos humanos en salud y a la atención integral de la población, tanto en el ámbito público como privado.

Dispone de todas las especialidades médicas necesarias para ofrecer una atención integral y de calidad. Cuenta con áreas de hospitalización, unidades críticas, quirófanos, un moderno policlínico para atención ambulatoria y laboratorios de diagnóstico y tratamiento. Posee más de 400 camas de internación y unidades especializadas como el Centro de Tratamiento Intensivo (CTI), Emergencia, Neonatología y múltiples servicios clínicos y quirúrgicos distribuidos en departamentos y unidades específicas.

Dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Hospital de Clínicas se integra a la red pública y recibe pacientes de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), así como de otros prestadores que derivan casos de mayor complejidad. Es además un centro con Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAEs) financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR), lo que permite la realización de procedimientos de alta complejidad como trasplantes renales, cirugías cardíacas y tratamientos oncológicos avanzados.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

El Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas constituye un centro de referencia nacional en la atención integral de las enfermedades renales. Su labor combina asistencia, docencia e investigación, y desempeña un papel estratégico en la formación de recursos humanos

especializados y en la prestación de servicios altamente complejos mediante los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAEs) vinculados al Fondo Nacional de Recursos (FNR).

(Hospital de Clínicas, s.f.)

MISIÓN

Brindar cuidado nefrológico de calidad a personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) avanzada, promoviendo la detección oportuna, el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad y, cuando corresponde, el acceso a terapias de reemplazo renal seguras y eficaces.

El servicio se orienta al respeto por las personas, al compromiso profesional y a la generación de conocimiento que contribuya a mejorar la calidad de vida de los usuarios. **(Hospital de Clínicas, s.f.)**

VISIÓN

Consolidarse como un centro de referencia local y regional en la atención de la ERC avanzada y en todas las modalidades de terapia de reemplazo renal —hemodiálisis, hemodiafiltración, diálisis peritoneal manual y automatizada, y trasplante renal— integrando excelencia técnica, enfoque centrado en el paciente y un fuerte componente académico. **(Hospital de Clínicas, s.f.)**

VALORES

El servicio fundamenta su trabajo en el trabajo en equipo, la excelencia académica, la mejora continua, la humanización del cuidado y el compromiso con la equidad en el acceso a las prestaciones. **(Hospital de Clínicas, s.f.)**

ÁREAS QUE INTEGRAN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

El Servicio desarrolla su actividad a través de tres IMAEs, que conforman una oferta integral para el tratamiento sustitutivo de la función renal (**Hospital de Clínicas, s.f.**):

1. CENTRO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Brinda hemodiálisis y hemodiafiltración en línea, técnicas sustitutivas destinadas a pacientes con insuficiencia renal terminal. La hemodiafiltración, incorporada por primera vez en el país en este centro, combina depuración con reposición de grandes volúmenes de líquido, permitiendo mejores parámetros de tolerancia y sobrevida según evidencia internacional. El centro cuenta con infraestructura para producir agua ultrapura, requisito indispensable para esta técnica, y funciona como referencia para su difusión en otros servicios públicos y privados.

2. CENTRO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Ofrece diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automatizada. Estas modalidades utilizan el peritoneo del paciente como membrana de intercambio y permiten un mayor grado de autonomía. La elección de la técnica se define según criterios clínicos, funcionales, familiares y ambientales, garantizando un abordaje personalizado y seguro.

3. CENTRO DE TRASPLANTE RENAL

Desarrolla trasplantes renales con donante cadavérico y con donante vivo, integrando equipos multidisciplinarios en coordinación con el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes. El servicio ha impulsado el trasplante intervivos mediante nefrectomía por fibrolaparoscopia, técnica que permite un procedimiento menos invasivo para el donante y mejores resultados para el receptor. La evidencia demuestra que el trasplante anticipado o en el primer año de diálisis mejora la sobrevida del injerto y la calidad de vida del paciente.

En su conjunto, estas áreas conforman un modelo de atención integral que abarca prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y terapia sustitutiva. La combinación de asistencia especializada, enseñanza universitaria e investigación posiciona al Servicio de Nefrología como un pilar del sistema sanitario uruguayo y como un actor fundamental en el desarrollo de políticas y prácticas clínicas basadas en evidencia.

JUSTIFICACIÓN

La salud renal ocupa un lugar central dentro de las estrategias de prevención y promoción de la salud. En Uruguay, se estima que entre el 8 % y el 10 % de la población adulta tiene algún grado de deterioro de la función renal (**MSP, s.f.**). Además, hay cerca de 3.000 personas en diálisis crónica y unas 1.500 trasplantadas (**MSP, s.f.**). Son números que muestran el peso que la enfermedad renal avanzada tiene para el sistema de salud y para las familias.

En ese contexto, el Programa de Salud Renal del MSP y FNR en Uruguay apunta a algo muy concreto: prevenir que la enfermedad aparezca y frenar su avance en quienes ya la padecen (**MIDES, s.f.**). Por eso es tan importante contar con una atención ambulatoria accesible y bien coordinada, centrada en el paciente, que permita detectar a tiempo y tratar de forma oportuna estas patologías.

Cuando se habla de prevención, la organización del proceso asistencial pasa a ser clave. En realidad, mucho depende de cómo se atiende, de si el paciente puede llegar fácilmente a la consulta, si entiende su tratamiento, si cumple los controles o si los distintos profesionales logran comunicarse entre sí. Todo eso influye directamente en los resultados y en la calidad de vida de las personas.

Mirar esta realidad desde la gestión por procesos aporta valor a la prestación. Analizar cómo se estructura la atención en una policlínica especializada en salud renal permite ver con claridad las etapas, los actores y los puntos críticos del recorrido del paciente. Esa mirada permite encontrar debilidades organizativas, detectar oportunidades de mejora y diseñar acciones concretas para hacer el sistema más eficiente y más continuo.

Tener un diagnóstico sistematizado del proceso asistencial brinda una base firme para tomar decisiones de gestión, usar mejor los recursos disponibles y aplicar buenas prácticas que promuevan una atención preventiva, integrada y de calidad.

Por todo esto, analizar el proceso asistencial en la Policlínica de Salud Renal no es solo útil: es necesario. Lo justifica su relevancia sanitaria, el impacto que tiene en la vida de los pacientes y la necesidad de fortalecer la gestión clínica en servicios dedicados a prevenir y detectar a tiempo el deterioro de la función renal.

OBJETIVOS

GENERAL

Describir y analizar el proceso asistencial de la Policlínica de Salud Renal del Hospital de Clínicas desde un enfoque de gestión por procesos, identificando oportunidades de mejora y proponiendo acciones orientadas al fortalecimiento de la atención brindada a los pacientes renales.

ESPECÍFICOS

Describir el proceso actual de atención de los pacientes en la Policlínica de Salud Renal, identificando las etapas, actores y recursos involucrados.

Analizar las principales dificultades y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales y de gestión del servicio.

Proponer acciones orientadas a mejorar la eficiencia, la coordinación interdisciplinaria y la calidad de la atención al paciente renal.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada se basa en los principios de la **gestión por procesos** y la **mejora continua**, aplicados al análisis del proceso de atención ambulatoria de la Policlínica de Salud Renal del Hospital de Clínicas. Se adoptó un **diseño descriptivo-analítico**, orientado a describir el funcionamiento actual, identificar problemáticas y determinar oportunidades de mejora sustentadas en evidencia observable.

El proceso metodológico se estructuró en cuatro etapas:

1. DELIMITACIÓN DEL PROCESO

Se definieron el **límite de entrada** y el **límite de salida** del proceso a analizar.

Se elaboró una **pauta escrita de observación**, estructurada en dimensiones específicas (accesibilidad, tiempos, secuencia de etapas, coordinación profesional, flujo administrativo, uso de HCE, condiciones de sala, tiempos de espera, interacción con enfermería, derivaciones y comunicación intra-servicio).

2. OBSERVACIÓN DIRECTA DEL PROCESO ASISTENCIAL

Se realizó una **observación estructurada**, guiada por la pauta previamente definida.

La observación abarcó todo el recorrido del usuario dentro de los límites previamente establecidos:

- Solicitud de consulta
- Recepción y confirmación

- Sala de espera
- Atención de enfermería
- Consulta médica
- Registro en HCE
- Coordinación de estudios, derivaciones o controles posteriores

3. RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN (FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS)

Fuentes primarias: entrevistas

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con una muestra no probabilística de conveniencia a integrantes del equipo de salud del servicio, seleccionados conforme a criterios previamente definidos para asegurar la pertinencia y diversidad de perspectivas.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

RESPONSABILIDAD FORMAL EN EL PROCESO ASISTENCIAL.

Se incluyeron profesionales con funciones de conducción, supervisión o gestión operativa, responsables de coordinar actividades, distribuir recursos y garantizar el funcionamiento del proceso asistencial.

PARTICIPACIÓN DIRECTA EN LA OPERATIVA DEL SERVICIO.

Se incorporaron profesionales con intervención cotidiana en el circuito asistencial —registro clínico, coordinación interservicios, educación al paciente y apoyo en actividades diagnósticas y de seguimiento—, permitiendo obtener una visión precisa de las prácticas reales y de los puntos críticos del proceso.

CONOCIMIENTO ESTRATÉGICO DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

Se buscó integrar perfiles con capacidad de aportar información sobre volumen de pacientes, flujos de trabajo, tiempos del proceso, utilización de recursos e interacción entre áreas clínicas y administrativas.

FUENTES SECUNDARIAS

Se analizaron documentos institucionales y de referencia específica:

- Protocolos asistenciales internos del Servicio de Nefrología, incluyendo pautas operativas del Programa de Salud Renal (FNR).
- Guías clínicas y normativas del Fondo Nacional de Recursos para el Programa de Salud Renal.
- Organigrama institucional vigente del Servicio de Nefrología (ubicado en Anexos).

4. ANÁLISIS DEL PROCESO Y DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Para el análisis del proceso asistencial se aplicó una metodología descriptivo-analítica orientada a comprender su funcionamiento real y a identificar oportunidades de mejora de forma sistemática. El enfoque seguido incluyó las etapas que se detallan a continuación:

A) ELABORACIÓN DE FLUJOGRAMAS DEL PROCESO

Como parte del análisis se elaboró un flujograma que representa el proceso tal como se desarrolla actualmente.

B) IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DEL PROCESO

Con base en la información recogida mediante observación directa y fuentes documentales, se procedió a identificar elementos del proceso que, según los criterios metodológicos definidos, podían constituir desviaciones, ineficiencias o puntos críticos. Esta etapa se centró exclusivamente en reconocer situaciones relevantes, sin emitir juicios valorativos.

C) ANÁLISIS DE CAUSAS

Una vez identificados los problemas, se analizó su origen considerando factores estructurales, organizativos y operativos. Para ello se utilizaron criterios vinculados a la distribución de roles, cargas de trabajo, coordinación entre actores, disponibilidad de recursos, organización del flujo asistencial y acceso a la información.

D) CLASIFICACIÓN SEGÚN ÁREAS DE MEJORA

Los elementos identificados se organizaron en categorías analíticas que permiten estructurar el análisis y facilitar la posterior interpretación. Las áreas consideradas fueron: tiempos del proceso, gestión de recursos, organización del trabajo, comunicación, seguridad del paciente y continuidad asistencial.

E) PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las oportunidades identificadas fueron priorizadas según su impacto potencial en la calidad de la atención, la continuidad asistencial y la factibilidad de implementación. Este criterio permitió seleccionar aquellas sobre las cuales se desarrollaría la propuesta de mejora.

TRABAJO DE CAMPO

POLICLÍNICA DE SALUD RENAL

La Policlínica de Salud Renal es el espacio asistencial especializado donde se desarrolla la nefroprevención y el seguimiento ambulatorio de personas con factores de riesgo o con deterioro renal en distintos estadios. Está ubicada en el tercer piso, sector A, del Hospital de Clínicas.

Según el Informe Anual de Gestión de Enfermería de la Policlínica de Nefrología – Programa de Salud Renal, período enero-diciembre 2023, se realizaron **2.083 consultas**, de las cuales **453** fueron coordinadas por la Oficina de Citas. Asimismo, el equipo de enfermería gestionó la coordinación de **1.048 consultas de Nefrología General**, registró **544 llamadas y mensajes**, y efectuó **991 actividades con usuarios fuera de consulta**, entre ellas **275 seguimientos telefónicos**, **85 cargas de medicación inmunosupresora**, **319 coordinaciones en Modulab**, **15 extracciones**, y **32 administraciones de medicación intravenosa** (29 inmunosupresores y 3 otros fármacos).

Estos datos permiten dimensionar el volumen asistencial y la magnitud operativa del equipo en la policlínica, constituyendo la base cuantitativa más reciente disponible. Es importante aclarar que en 2024 no se realizó un nuevo censo debido al cambio de la licenciada responsable del área, por lo que el informe 2023 representa **la última fuente consolidada de actividad** para este análisis.

DELIMITACIÓN DEL PROCESO ESTUDIADO EN ESTE TRABAJO

Dado que el Servicio de Nefrología abarca múltiples áreas, el presente trabajo se enfoca únicamente en el **proceso asistencial de la Policlínica de Salud Renal**, responsable directa de la nefroprevención, la detección temprana del deterioro renal y el seguimiento ambulatorio de pacientes con riesgo o enfermedad en estadios iniciales. Esta delimitación es fundamental para precisar el alcance del análisis.

En relación con la articulación con los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), es importante precisar que la **Policlínica de Salud Renal no deriva directamente a los IMAE**. Por el contrario, los IMAE derivan a sus pacientes al Programa de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), que constituye otra unidad del Departamento de Nefrología. Desde ERCA se evalúa el caso y se define el destino asistencial posterior, incluyendo la eventual derivación a la Policlínica de Salud Renal o la preparación para tratamiento sustitutivo. Esta aclaración es relevante para comprender el lugar específico que ocupa la policlínica dentro del circuito asistencial nefrológico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE SALUD RENAL (FNR)

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es un organismo público no estatal que financia y regula las prestaciones de alta especialización en Uruguay, especialmente aquellas vinculadas a la salud renal. Actúa como financiador único para los tratamientos sustitutivos de la función renal —hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal—, garantizando que cualquier persona pueda acceder a estas terapias sin barreras económicas, independientemente de su prestador de salud.

En este marco, el **Programa de Salud Renal del FNR** establece criterios uniformes de inclusión, seguimiento y calidad, orientados a la detección precoz y el manejo oportuno de la enfermedad renal crónica. Además de cubrir los procedimientos de alto costo, el FNR define normativas técnicas, supervisa el cumplimiento de estándares asistenciales, y monitorea resultados clínicos mediante el Registro Uruguayo de Diálisis. Su integración al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) permite articular prestadores públicos y privados, promoviendo un enfoque preventivo centrado en la continuidad asistencial, la equidad y la protección financiera del usuario.

Comprender este marco es fundamental para contextualizar la atención brindada en la Policlínica de Salud Renal y el alcance de los criterios utilizados para el ingreso de pacientes al programa.

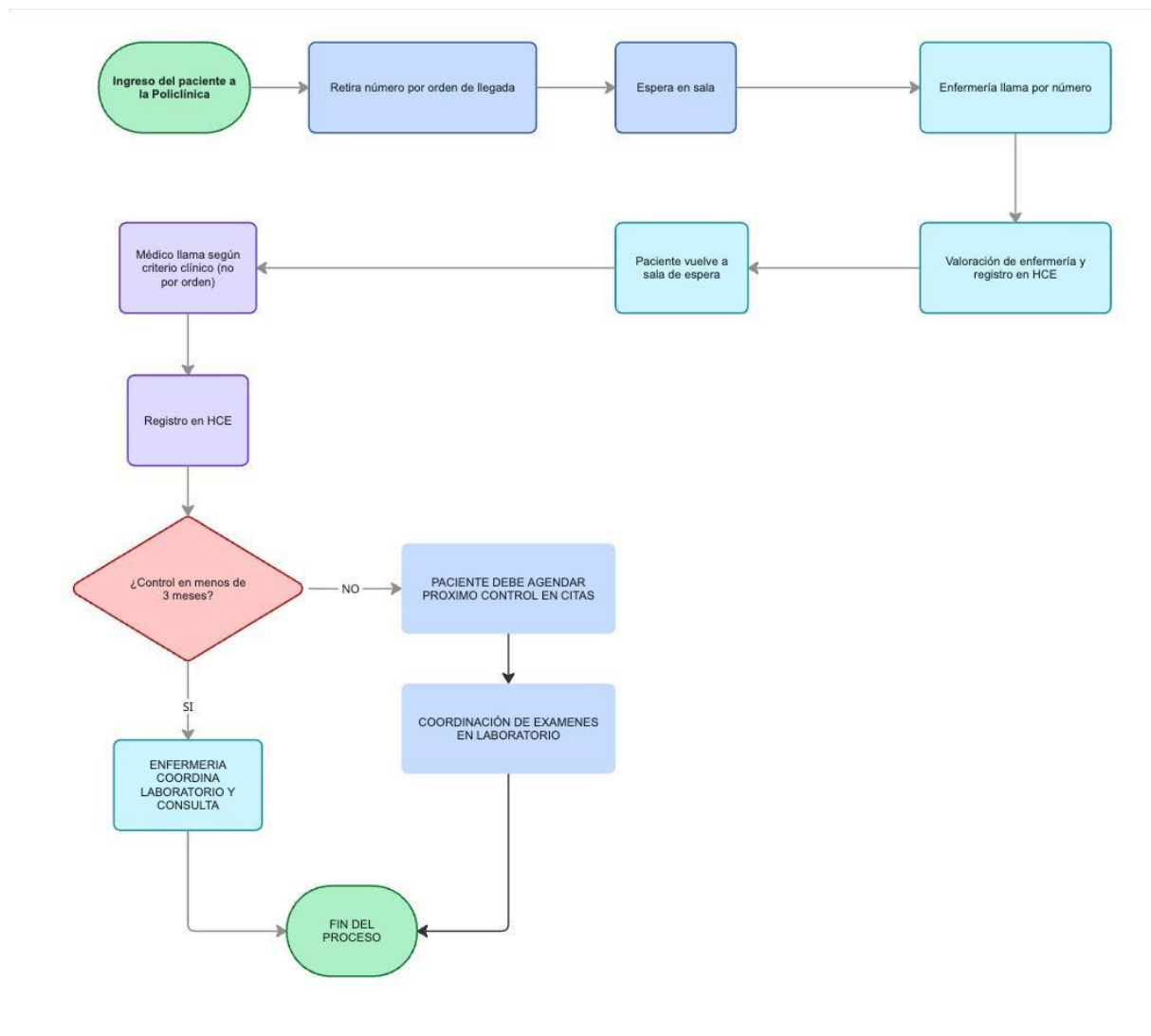
Ingresa al Programa de Salud Renal los pacientes que presentan:

- **Daño renal estructural o funcional**, evidenciado por proteinuria, microalbuminuria, hematuria persistente, alteraciones imagenológicas o anatomopatológicas.
- Filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sostenido por más de 3 meses.
- **Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 3B** con proteinuria persistente y/o riesgo de progresión

A partir de estos criterios, la Policlínica de Salud Renal atiende un conjunto amplio de patologías vinculadas al deterioro renal. Entre las condiciones más frecuentes se encuentran las enfermedades glomerulares, las enfermedades tubulointersticiales, la patología urológica con impacto renal (como litiasis urinaria o hipertrofia prostática benigna), los trastornos nefrológicos asociados a procesos oncológicos y las alteraciones renales vinculadas al embarazo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LA POLICLÍNICA DE SALUD RENAL

El proceso asistencial en la Policlínica de Salud Renal se organiza en una secuencia de actividades que inicia con la llegada del usuario al servicio y culmina con la definición de controles posteriores o la coordinación de estudios complementarios. A continuación, se describe el flujo observado durante la jornada de atención.



1. LLEGADA Y ORGANIZACIÓN INICIAL DEL USUARIO

El proceso comienza con el ingreso del paciente a la Policlínica. Al arribar, el usuario **retira un número por orden de llegada**, que determina la secuencia inicial del llamado. Luego permanece en la sala de espera hasta que el personal de enfermería lo convoque.

2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermería llama a los pacientes según el número obtenido. En esta instancia se realiza la valoración de enfermería, que incluye el control de signos vitales y el registro correspondiente en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Finalizada esta etapa, el paciente retorna a la sala de espera, donde aguarda para la consulta médica.

3. CONSULTA MÉDICA

Los médicos llaman a los pacientes **según criterio clínico**, pudiendo ajustarse o no al orden numérico inicial. Durante la consulta se registra la evolución en la HCE y se definen las indicaciones para el seguimiento.

4. COORDINACIÓN DE CONTROLES Y ESTUDIOS

Tras la evaluación médica, se determina si el usuario requiere un control dentro de un período menor a tres meses.

Si el control debe realizarse antes de tres meses: enfermería coordina tanto la próxima consulta como los estudios de laboratorio correspondientes.

Si el control se programa a más de tres meses: el paciente debe gestionar la cita por sus propios medios mediante el sistema institucional de coordinación. En estos casos, los estudios

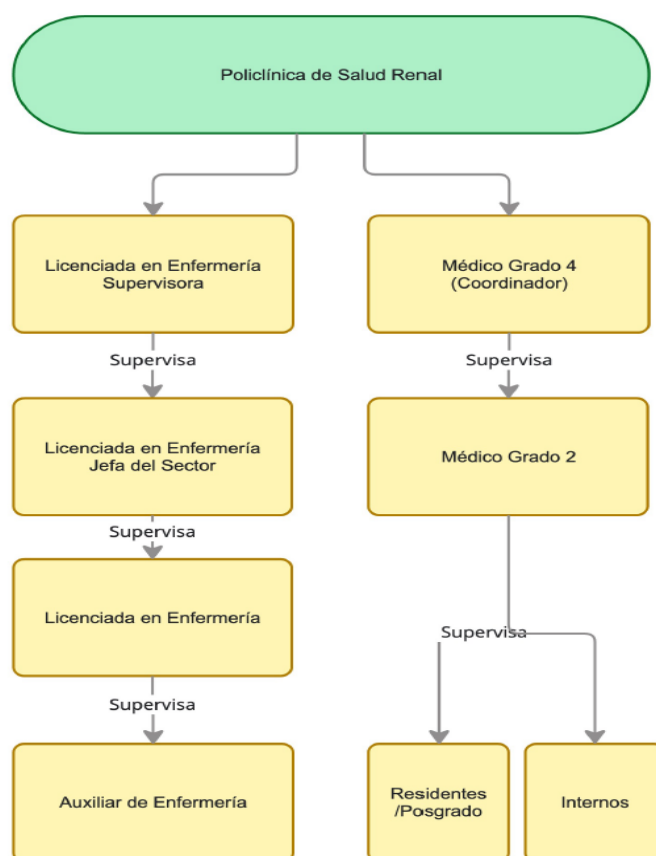
de laboratorio se solicitan en formato papel para que puedan ser tramitados directamente por el usuario.

5. FINALIZACIÓN DEL PROCESO

Una vez completadas las acciones definidas —consulta médica, registro en HCE y coordinación de estudios o controles posteriores—, el proceso asistencial concluye.

RECURSOS HUMANOS – ORGANIZACIÓN Y ROLES

La Policlínica cuenta con un equipo multidisciplinario cuya estructura se ajusta a la guía del Programa de Salud Renal del FNR y a la organización institucional del Hospital de Clínicas.



RECURSO HUMANO MÉDICO		
Cargo	Cantidad	Funciones
Médico Coordinador Grado IV	1	Coordinación del servicio, supervisión clínica, toma de decisiones, planificación asistencial.
Médico Grado II	2	Atención directa, seguimiento clínico, realización de procedimientos, apoyo en coordinación.
Residentes de Nefrología	3	Evaluación clínica, rotación asistencial, aprendizajes supervisados, apoyo en procedimientos.
Internos	4	Asistencia básica, registros clínicos, apoyo en tareas de la policlínica bajo supervisión.
TOTAL	10	—

RECURSO HUMANO NO MÉDICO		
Cargo	Cantidad	Funciones
Licenciada en Enfermería – Supervisora	1	Supervisión general del equipo, planificación, organización del servicio, gestión de calidad y seguridad del paciente.
Licenciada en Enfermería – Jefa de Sector	1	Coordinación operativa del sector, asignación de tareas, control de procesos asistenciales.
Licenciadas en Enfermería Asistenciales	4	Atención directa, procedimientos, educación al paciente, registros y coordinación con el equipo médico.
Auxiliares de Enfermería	6	Cuidados básicos, control de signos vitales, asistencia en procedimientos, preparación del área y apoyo continuo al equipo.
TOTAL	12	—

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Para comprender el funcionamiento actual del proceso asistencial de la Policlínica de Salud Renal, se aplicó un cuestionario autoadministrado a integrantes del equipo, incluyendo a la licenciada jefa del sector, la licenciada jefa supervisora, licenciada operativa, médico grado 4, médico grado 2 y residente. Las respuestas permiten identificar cómo se desarrolla el circuito asistencial desde la perspectiva del equipo y cuáles son los principales puntos de variabilidad, carga operativa y necesidad de mejora.

La coordinación de la primera consulta se gestiona principalmente mediante agenda directa o a través del sistema de citas del hospital. No existe un procedimiento único para este paso, por lo que la vía utilizada depende del origen de la derivación y de la modalidad de coordinación disponible en cada caso.

Una vez que el paciente ingresa al circuito asistencial de la policlínica, la priorización para definir el orden de atención se basa en criterios médicos, tales como el **estadio de la enfermedad renal, la gravedad del cuadro o la necesidad de seguimiento estrecho**. Estos criterios surgen de la práctica clínica cotidiana, pero no se encuentran formalizados ni difundidos en forma sistemática dentro del equipo, lo cual genera variabilidad en su aplicación.

Respecto al tiempo que permanece el paciente en sala de espera, las percepciones se sitúan entre breves y moderadas, sin identificar demoras excesivas como tendencia principal. Las etapas de la primera consulta fueron descritas de forma relativamente homogénea: **evaluación clínica completa, análisis de estudios previos, solicitud de estudios complementarios, educación al paciente y planificación terapéutica**. También se señaló que, cuando corresponde, se

coordina con otros servicios para completar evaluaciones específicas. Aunque estas etapas se desarrollan en la práctica, no existe un protocolo formal que asegure la misma secuencia en todos los casos.

Los controles posteriores se definen según la severidad o el estadio de la patología, y se coordinan mediante agenda propia (menos de tres meses) o a través del sistema de citas institucional (mayor a tres meses). Cuando el paciente requiere estudios o interconsultas, estas se gestionan por distintos medios: el sistema electrónico de Historia Clínica, recetas en papel, coordinación por parte de enfermería o solicitudes a través de la página del hospital. En casos urgentes, algunos médicos recurren al contacto directo con colegas del servicio correspondiente. La coexistencia de múltiples alternativas de coordinación vuelve a evidenciar la ausencia de un procedimiento estandarizado.

La salida del proceso asistencial también depende de criterios clínicos y de la evolución del paciente. Se mencionan, entre otros motivos, el alta por mejoría, el pasaje al programa Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en caso de progresión de la enfermedad, o fallecimiento.

Al analizar los tramos del circuito asistencial que requieren más tiempo, los entrevistados señalan principalmente la coordinación de la primera consulta, la valoración clínica inicial y la gestión de estudios. En relación con los momentos donde se generan demoras, se mencionan la acumulación de pacientes a mitad de la mañana en sala de espera, la sobrecarga en la agenda y la coordinación de estudios y valoraciones interservicio. En cuanto a posibles omisiones, la mayoría no identifica fallas significativas, aunque se señala que, en algunos casos, los pacientes no concurren a la consulta con todos los estudios pertinentes solicitados afectando la efectividad de la consulta y seguimiento de la patología, debiendo reprogramar la consulta.

La evaluación de los recursos disponibles muestra percepciones intermedias: los profesionales consideran que los recursos materiales y de infraestructura son adecuados en general, aunque con limitaciones concretas como la falta de privacidad en las consultas, el tamaño de la sala de espera o la carencia de determinados insumos en el estar médico. También se menciona la necesidad de fortalecer los recursos humanos del sector.

Finalmente, al consultar sobre las mejoras prioritarias, el equipo identifica varias líneas: disponer de mayor tiempo por paciente, mejorar los sistemas de coordinación para estudios e interconsultas, reforzar el rol de enfermería, ampliar los días u horarios de atención y potenciar la integración de los sistemas informáticos. Estas sugerencias reflejan una percepción compartida acerca de la necesidad de estandarizar procesos, reducir la variabilidad operativa y optimizar la organización asistencial.

COMPARACIÓN OBJETIVA DE LA GUÍA DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL CON LOS PROTOCOLOS DE LA POLICLÍNICA

La Guía del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos (FNR) establece criterios para la atención de personas con enfermedad renal crónica avanzada, centrándose en la detección oportuna, el seguimiento regular, la educación del paciente y la preparación adecuada para el tratamiento sustitutivo. Incluye recomendaciones específicas para la valoración clínica, el estudio complementario, el rol de enfermería y la organización del proceso asistencial.

A continuación, se presenta una **comparación objetiva** entre las recomendaciones de la guía y los **protocolos observados en la Policlínica de Salud Renal**.

1. VALORACIÓN INICIAL Y CRITERIOS CLÍNICOS

Guía FNR:

Indica que los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada deben ser evaluados mediante anamnesis dirigida, examen físico, revisión de estudios previos y solicitud de estudios complementarios según estadio.

Protocolos de la policlínica:

La primera consulta médica incluye una valoración clínica integral siguiendo estos componentes: entrevista clínica, examen físico, revisión de estudios presentados y planificación de estudios adicionales cuando corresponde. Esto coincide con los elementos definidos por el FNR.

2. ROL DE ENFERMERÍA Y REGISTRO DE PARÁMETROS

Guía FNR:

Señala que el equipo de enfermería debe registrar peso, tensión arterial, parámetros clínicos relevantes y apoyar en la educación continua del paciente.

Protocolos de la Policlínica:

La recepción de enfermería incluye medición de signos vitales, peso y registro de parámetros clínicos. También participa en orientación y educación al paciente, acompañamiento durante el proceso realizándose consulta de enfermería y gestión de casos, en línea con las funciones definidas por la guía.

3. PRIORIZACIÓN CLÍNICA

Guía FNR:

Indica que la priorización debe basarse en criterios estrictamente clínicos (síntomas, riesgo, estabilidad del paciente), especialmente en el contexto de policlínicas con alta demanda.

Protocolos de la Policlínica:

La priorización se realiza en sala de espera, donde el médico identifica y atiende en primer lugar a los pacientes con necesidades clínicas más urgentes. Este procedimiento se ajusta al enfoque de priorización clínica sugerido por el FNR.

4. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y SEGUIMIENTO

Guía FNR:

Recomienda la solicitud sistemática de estudios según estadio de enfermedad, así como el seguimiento periódico para monitorear progresión, paraclínica-estudios complementarios y preparación para eventual tratamiento sustitutivo.

Protocolos de la Policlínica:

Los médicos solicitan estudios según necesidad clínica y ajustan la frecuencia de controles de acuerdo con el estadio y evolución del paciente. La planificación del seguimiento responde a los criterios y tiempos establecidos por la guía.

5. EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Guía FNR:

Destaca la importancia de la educación continua sobre enfermedad renal, autocuidado, adherencia terapéutica y opciones de tratamiento sustitutivo.

Protocolos de la Policlínica:

La educación se incorpora en las consultas, donde el equipo médico y de enfermería informa sobre el estado clínico, cuidados a seguir y modalidades de tratamiento. Esto cumple con el objetivo educativo planteado por la guía.

ALINEACIÓN CON LA GUÍA DEL FNR

La Guía del FNR establece un marco normativo para el abordaje integral de la enfermedad renal crónica avanzada. Los protocolos aplicados en la Policlínica se ajustan a los componentes centrales definidos por la guía: valoración clínica completa, participación activa de enfermería, priorización basada en criterios clínicos, seguimiento periódico y educación al paciente.

ANÁLISIS DEL INFORME ANUAL DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA 2023 Y CONTRASTE CON LAS OTRAS FUENTES

El Informe Anual de Gestión de Enfermería 2023 aporta los datos concretos que permiten dimensionar la actividad real de la Policlínica de Salud Renal. Los números muestran una carga asistencial importante y un volumen de trabajo que coincide con lo expresado por el equipo en las encuestas y con lo observado durante el relevamiento.

El informe registra **2.083 consultas en el año**, además de un alto número de tareas realizadas por enfermería: coordinaciones, seguimientos, administración de medicación, gestión de llamadas y actividades fuera de consulta. Estas cifras confirman que gran parte del proceso asistencial se sostiene en el trabajo operativo del equipo de enfermería, que no se limita a la atención presencial, sino que abarca múltiples gestiones necesarias para asegurar la continuidad del cuidado.

Al contrastar estos datos con las recomendaciones del Programa de Salud Renal del FNR, se observa coherencia: tanto la guía como la práctica cotidiana destacan la importancia del seguimiento ordenado, la educación al paciente y la correcta coordinación de estudios, tareas que en la policlínica recaen fuertemente en enfermería. Esto explica que, en las encuestas, el personal identifique como puntos críticos la coordinación de consultas, la organización del seguimiento y la disponibilidad de recursos humanos.

En síntesis, el informe 2023 no solo complementa la información recabada por otras vías, sino que la **refuerza**: confirma que el servicio trabaja con una alta demanda y que las tareas de coordinación y apoyo clínico representan una parte sustancial del proceso asistencial.

PROPUESTA DE MEJORA

PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN DE LA PRIMERA CONSULTA

En el funcionamiento actual, la coordinación de la primera consulta se realiza en función del orden de solicitud y de la disponibilidad de agenda, sin un sistema formal de clasificación clínica previo. La información remitida al momento de la coordinación suele ser heterogénea, lo que limita la posibilidad de identificar de antemano el nivel de riesgo o de severidad clínica. La priorización asistencial ocurre únicamente en la unidad, cuando el paciente ya se encuentra en sala de espera y es valorado directamente por el equipo.

De acuerdo con las recomendaciones del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos, la organización del acceso debería contemplar criterios clínicos tales como el estadio de la enfermedad renal crónica, la velocidad de progresión, la presencia de complicaciones metabólicas o hemodinámicas, y las comorbilidades asociadas. Estos elementos permiten establecer distintos niveles de prioridad para asegurar una atención oportuna y proporcional a la situación clínica.

Con base en ello, se propone implementar un sistema de priorización para la coordinación de la primera consulta, estructurado en tres grupos:

Grupo 1 – Prioridad Alta: pacientes con ERC estadio 4–5, progresión acelerada, alteraciones o síntomas vinculados al deterioro de la función renal.

Grupo 2 – Prioridad Media: pacientes con ERC estadio 3b y factores de riesgo asociados, hipertensión arterial de difícil control o derivaciones especializadas.

Grupo 3 – Prioridad General: personas con ERC en estadios iniciales o sin progresión documentada.

Para asegurar la equidad en el acceso, se sugiere incorporar criterios complementarios relacionados con la situación social y geográfica, particularmente en pacientes provenientes del interior del país o con dificultades de movilidad, de modo de reducir traslados y organizar cupos específicos según disponibilidad.

La solicitud de primera consulta debería incluir un conjunto mínimo de información clínica (valor reciente de filtrado glomerular, motivo de derivación, antecedentes relevantes y estudios complementarios disponibles), a fin de aplicar la clasificación de manera uniforme. Sobre esa base, los cupos podrían organizarse con agendas protegidas para los grupos de prioridad alta, agendas regulares para los grupos intermedios y programación diferida para casos de seguimiento general.

Finalmente, se recomienda realizar un monitoreo periódico de los tiempos de asignación según categoría de prioridad, con el fin de evaluar el funcionamiento del procedimiento y ajustar los criterios si fuera necesario.

PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN DEL SEGUIMIENTO

En el proceso actual de coordinación del seguimiento, los controles se asignan según disponibilidad de agenda y periodicidad habitual de la unidad, sin diferenciación sistemática basada en criterios clínicos. Si bien la priorización clínica se aplica en el día de consulta, no existe un mecanismo formal que permita anticipar necesidades de control más estrecho o, por el contrario, definir intervalos mayores para pacientes estables.

Las guías del Programa de Salud Renal establecen la necesidad de adaptar la frecuencia del seguimiento al estadio de la enfermedad, a la progresión y a la presencia de complicaciones o comorbilidades. Ello permite organizar un calendario de controles más coherente con el perfil clínico de cada paciente y asegura la continuidad asistencial.

En función de estas recomendaciones, se propone estructurar el seguimiento en tres categorías:

Seguimiento Intensivo: controles frecuentes para pacientes con ERC avanzada, progresión acelerada o complicaciones activas.

Seguimiento Programado: intervalos regulares para pacientes con ERC moderada o factores de riesgo en vigilancia.

Seguimiento Ampliado: controles más espaciados para pacientes estables con ERC leve sin progresión.

Asimismo, se recomienda incorporar criterios sociales o geográficos para ajustar la coordinación, especialmente en pacientes del interior, de modo de concentrar estudios y consultas en un mismo día cuando sea posible.

La asignación del seguimiento debería basarse en una actualización periódica de parámetros clínicos mínimos (función renal, control metabólico, presión arterial, intercurrentias), registrada en la historia clínica y utilizada para ajustar la categoría asignada.

CONSIDERACIONES ADICIONALES SOBRE OTRAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Además de las mejoras propuestas en torno a la coordinación de la primera consulta y del seguimiento, en las encuestas surgieron otros aspectos que el equipo considera relevantes. Si

bien no forman parte del alcance de este trabajo —porque requieren decisiones institucionales, inversión o cambios de infraestructura—, vale la pena mencionarlos para completar el análisis.

Entre las principales preocupaciones se señaló la **falta de personal**, que impacta en la distribución de tareas y en la carga operativa diaria. También se mencionó la **escasa privacidad para los pacientes**, vinculada a las condiciones edilicias, junto con el **tamaño reducido de la sala de espera** y la **falta puntual de algunos insumos** en el sector. A esto se suman **limitaciones tecnológicas** que dificultan la integración de los sistemas informáticos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

A partir del análisis del proceso asistencial de la Policlínica de Salud Renal del Hospital de Clínicas, se presentan las siguientes conclusiones:

1. Alta carga asistencial y rol central de enfermería:

El servicio presenta un alto volumen de actividad (2.083 consultas en 2023). En este contexto, el equipo de enfermería cumple un rol clave en el funcionamiento cotidiano, ya que además de las tareas asistenciales realiza actividades administrativas y de coordinación de estudios, lo que genera una sobrecarga de trabajo y limita su capacidad operativa.

2. Falta de criterios formales de priorización en la agenda:

Si bien el equipo médico aplica criterios de gravedad clínica al momento de la atención en sala de espera, no existe un procedimiento previo y estandarizado para priorizar a los pacientes al momento de coordinar la agenda. Tanto las primeras consultas como los seguimientos se asignan principalmente por disponibilidad y orden de llegada, sin una diferenciación formal entre pacientes de mayor riesgo y pacientes clínicamente estables.

3. Adecuación clínica y debilidades administrativas:

Desde el punto de vista clínico, el servicio se ajusta a las pautas y estándares del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos, incluyendo la valoración integral y la educación al paciente. Sin embargo, los procesos administrativos que apoyan la atención —especialmente la coordinación de la agenda y la organización de

los flujos— no están formalizados, lo que genera variabilidad y dependencia de la gestión individual de cada profesional.

4. Necesidad de formalizar procedimientos:

La ausencia de un sistema de clasificación previo a la consulta dificulta un uso más eficiente de los cupos disponibles. La implementación de la propuesta de mejora planteada, basada en la clasificación de los pacientes en tres grupos de prioridad (Alta, Media y General), permitiría ordenar la demanda y avanzar hacia una gestión más planificada, basada en el riesgo clínico.

RECOMENDACIONES

Con el objetivo de mejorar la gestión de la Policlínica, se formulan las siguientes recomendaciones:

1. Formalizar el sistema de priorización:

Aprobar e implementar de manera institucional el procedimiento de coordinación basado en los tres grupos de prioridad (G1, G2 y G3), tanto para primeras consultas como para seguimientos. Esto implica comunicar claramente los criterios al personal administrativo y a las unidades que realizan las derivaciones.

2. Estandarizar la solicitud de interconsulta:

Definir un conjunto mínimo de datos clínicos obligatorios en la solicitud de consulta, como el filtrado glomerular y el motivo de derivación, que permita realizar una clasificación administrativa previa antes de asignar fecha.

3. Fortalecer el registro en la Historia Clínica Electrónica:

Asegurar que la categoría de seguimiento asignada al paciente (Intensivo, Programado

o Ampliado) quede claramente registrada en la historia clínica al finalizar cada consulta, de modo de facilitar la coordinación futura y evitar interpretaciones ambiguas.

4. Monitorear indicadores de acceso:

Implementar un seguimiento periódico de los tiempos de espera según grupo de prioridad, para evaluar si los pacientes de mayor riesgo acceden efectivamente a la atención en plazos más cortos que los pacientes de control general.

5. Mejorar infraestructura y recursos:

Si bien excede el alcance directo del proceso analizado, se recomienda atender las limitaciones edilicias y tecnológicas identificadas, en particular aquellas relacionadas con la privacidad en los consultorios y los recursos disponibles, dado su impacto en la experiencia del usuario y en el trabajo del equipo de salud.

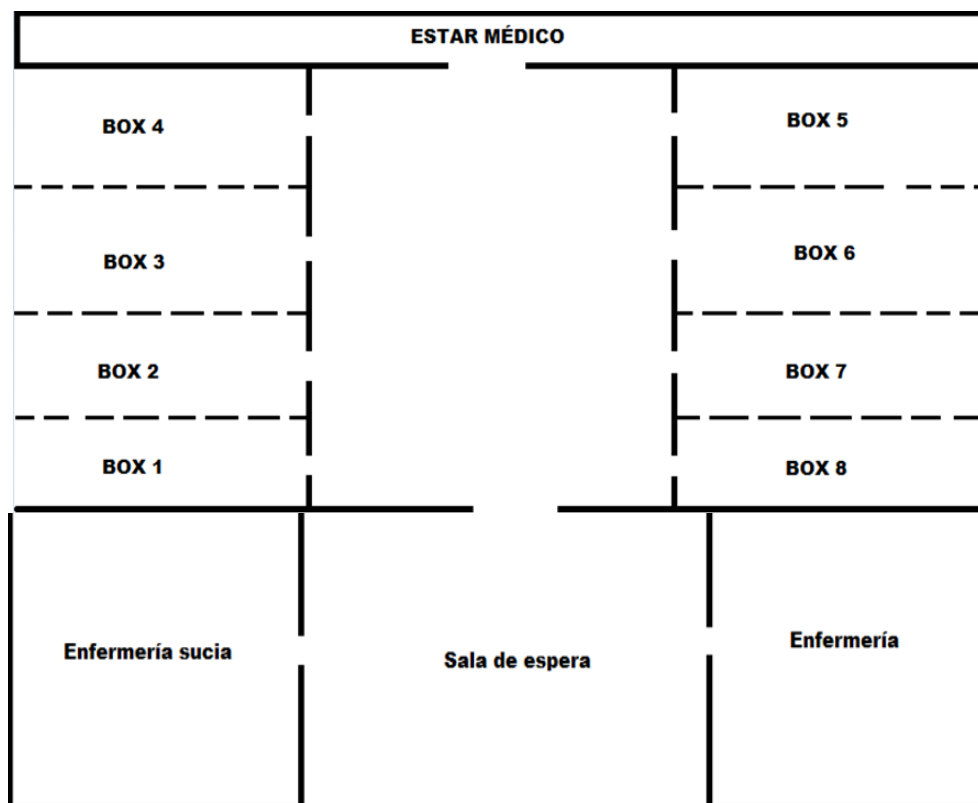
BIBLIOGRAFÍA

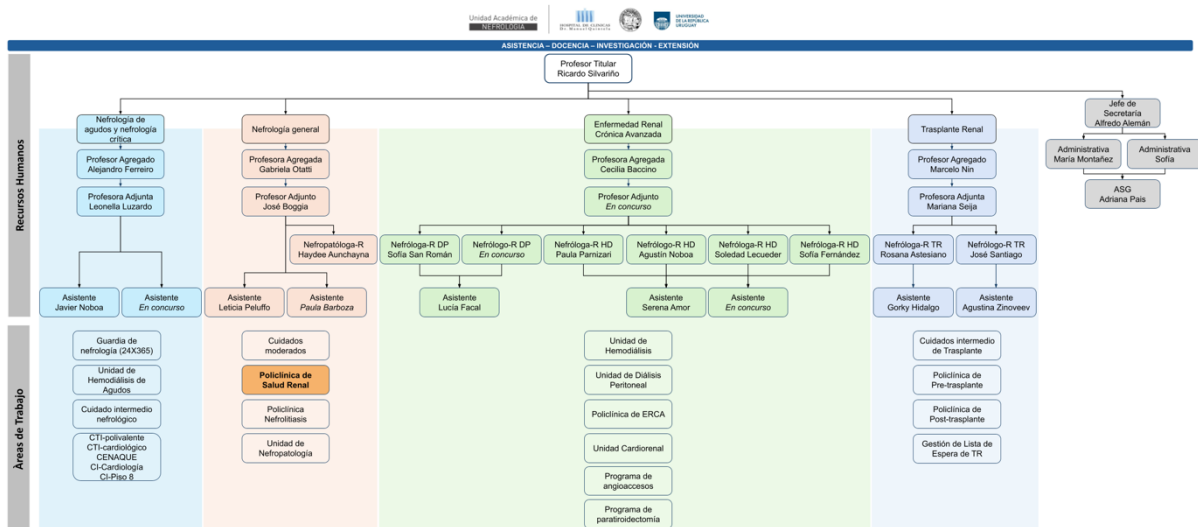
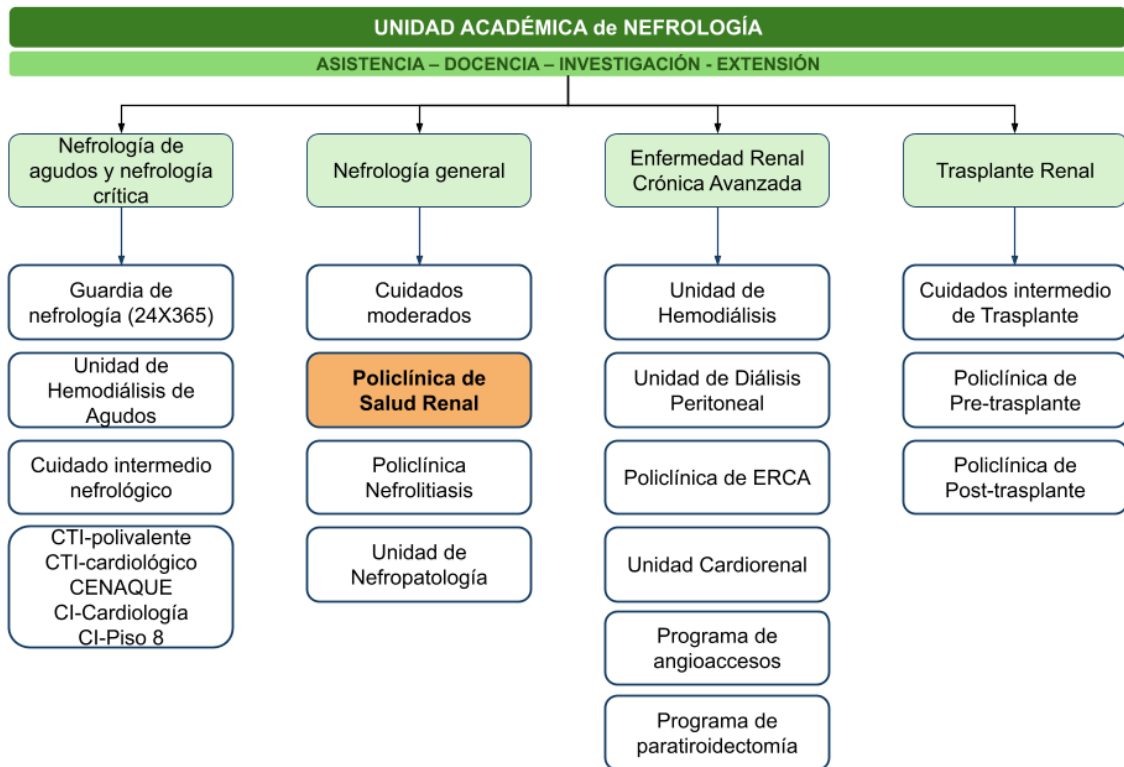
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Día Mundial del Riñón. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-mundial-del-rinon-0>
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Salud pública promueve controles para diagnóstico oportuno y tratamiento. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/salud-publica-promueve-controles-para-diagnostico-oportuno-tratamiento>
- Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). Salud renal: información para la población. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9140>
- Berwick, D. M. (2018). Era 3 for medicine and health care. *Journal of the American Medical Association*, 319(17), 1833–1834. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.2689>
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731.
- Castilla, M. (2008). Gobernanza y rectoría del sector salud. Universidad de La Sabana.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
- Dotor Gracia, M., & Fernández García, E. (2009). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- International Organization for Standardization. (2015). ISO 9001:2015. Quality management systems – Requirements. ISO.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Función rectora de la autoridad sanitaria: Marco conceptual e instrumento metodológico. OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. WHO Press.
- Instituto Nacional de Calidad. (2015). Libro blanco: Mejora de la calidad en la salud en Uruguay. INACAL.

- Hospital de Clínicas. (s.f.). IMAEs – Nefrología. Universidad de la República. Recuperado el 29 de noviembre de 2025 de <https://www.hc.edu.uy/index.php/imaes-nefrologia>
- Hospital de Clínicas. (2024). Informe anual de gestión de enfermería. Policlínica de Nefrología – Programa de Salud Renal. Período enero–diciembre 2023.

ANEXO

Distribución Espacial y Organigrama de la Policlínica de Salud Renal





CARTA DE AUTORIZACIÓN POSGRADO



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
Y DE ADMINISTRACIÓN

POSGRADOS



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Montevideo, 26 de noviembre del 2025

El Centro de Posgrados deja constancia que los participantes **FERME MARTINELLI, Giuliana, FERREIRA GONZÁLEZ, Leonardo, FRANCO SOSA, Bruno y NUÑEZ HERNANDEZ, Lucia** se encuentran realizando el trabajo de campo correspondiente a la última etapa curricular del Posgrado en Gestión de Servicios de Salud organizado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la Universidad de la República en conjunto con la Facultad de Medicina de la Universidad de la República

El trabajo que los profesionales realizan bajo la orientación metodológica de la Profa. Ana Sollazzo estará relacionado a los procesos de gestión, organización de los servicios y funcionamiento general de la Policlínica de Salud Renal.

Por la presente, le solicitamos su colaboración a efectos que los participantes pueda obtener la información y el material necesario para culminar con éxito el trabajo de investigación.

Desde ya agradecemos su colaboración.

Le saluda atentamente,

JENNIFER RODRIGUEZ
ADMINISTRATIVO
POSGRADOS



Gonzalo Ramírez 1915 – +598 2412 9201 int. 205 a 208 - Montevideo, Uruguay - posgrados.fcea.edu.uy

Carta de autorización Comité de Educación Hospital de Clínicas

HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela

UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Montevideo 4 de Diciembre de 2025

De: División de Enfermería
Dpto Educación Lic Enf Mg Mariela Olivieri

A: Piso 14 Nefrología
Lic Enf Giuliana Ferme
C/C Lic Enf Alicia Ratti

ASUNTO: Respuesta a la solicitud de trabajo de campo

Por la presente, atendiendo a la solicitud de campo para la realización de investigación en el marco del cursado del Posgrado en Gestión de Servicios de salud, organizado por la Facultad de Ciencias Económicas Udelar, cabe destacar:

- fue realizada la consulta el 27 de octubre del corriente año por el Supervisor Lic Mg S.Fumero luego de que la profesional recibiera nota de la interesada, en realizar investigación en dicho servicio. Se entiende dicha comunicación, la necesidad de definir por parte de la interesada, de un protocolo de investigación para ser presentado en el comité de ética institucional dado que su planteo involucraba intervención (encuesta) a los pacientes. Se orientó en dicha consulta que el Comité de ética entra en receso noviembre anualmente.
- En el día de la fecha la Lic Enf Giuliana Ferme concurre al Dpto de Educación solicitando el mismo plant y entrega el Protocolo de Investigación.
- Teniendo en cuenta que la Profesional es funcionaria de la Institución y que de la lectura se desprende igualmente la necesidad de intervención mediante encuestas al equipo de gestión y a los usuarios, se reorienta a plantear un plan de mejora que involucre únicamente las entrevistas al equipo de gestión, que esté alineado con la aproximación diagnóstica de su FODA, de forma de que el ejercicio metodológico para la entrega de trabajo final pueda ejecutarse, si es que el equipo de gestión del servicio así lo aprueba. De lo contrario debería desde 1 de marzo elevar el protocolo al Comité de ética y esperar su aprobación.

En ese sentido se sugiere que el Protocolo de Investigación incluya en este orden: Índice, Introducción, Objetivos, Antecedentes (Internacionales y Nacionales), Justificación, Marco teórico, Metodología, Plan de procesamiento y análisis de resultados, cronograma, referencias bibliográficas, anexos si aplica. Consultar página institucional el procedimiento.

Saludos cordiales


Lic. Enf. Mg. Mariela Olivieri
Directora Departamento
N° 29378

TEL DIVISIÓN ENFERMERÍA: 24819498, 1953/4377-4277
E-mail: hcdivenf@hc.edu.uy-dptoeducacion

CUESTIONARIO REFORMULADO – PERSONAL DEL SERVICIO v2

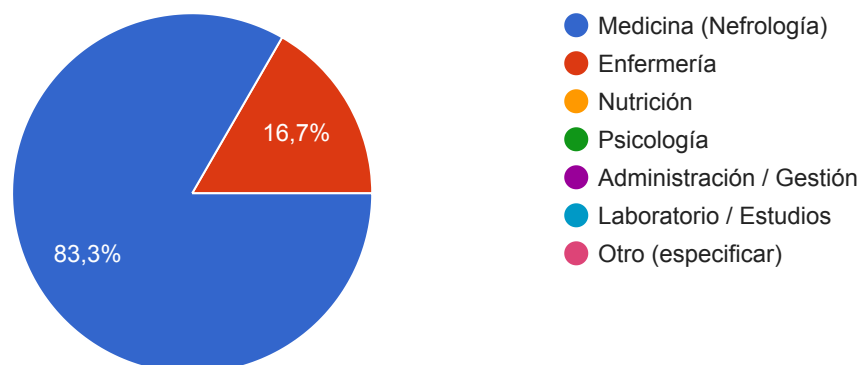
6 respuestas

[Publicar datos de análisis](#)

Rol / Área de trabajo

 Copiar

6 respuestas



¿De qué maneras ingresan habitualmente los pacientes a la Policlínica? (Derivaciones internas, externas, agenda directa, otros mecanismos)

6 respuestas

Derivaciones internas y externas

Agenda directa

Interconsultas, agenda directa

Por agenda directa u oficina de citas

Agenda directa

Derivaciones externas



¿Cómo se gestiona la agenda de primera consulta? (Procedimiento actual para asignar la cita)

6 respuestas

Mediante agenda

Oficina de citas

Por admisión

A través de la oficina de citas cuando es derivado de otra especialidad y agenda directa si ya tuvo contacto con los nefrólogos del servicio

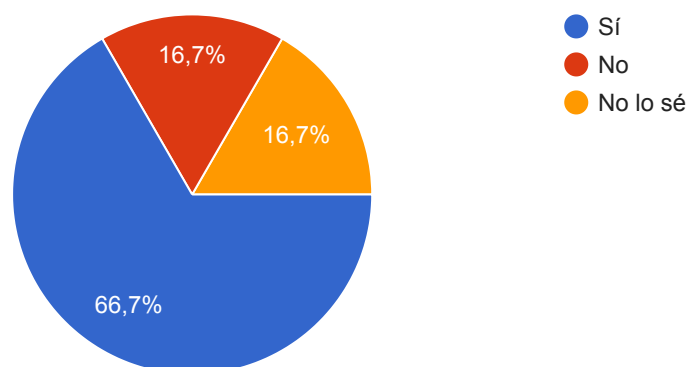
Telefono

A través del sistema de citas y por agenda directa cuando la derivación es interna

¿Existen criterios para priorizar pacientes en la asignación de consultas?

 Copiar

6 respuestas



Si su respuesta anterior fue 'Sí', describa brevemente esos criterios.

4 respuestas

Pacientes con deterioro de filtrado glomerular, alteraciones pasibles de corrección.

Necesidad de seguimiento estrecho por inicio de tratamiento por ejemplo, agudización de patología, enfermedad renal avanzada

Estadio de la ERC y alteración del medio interno

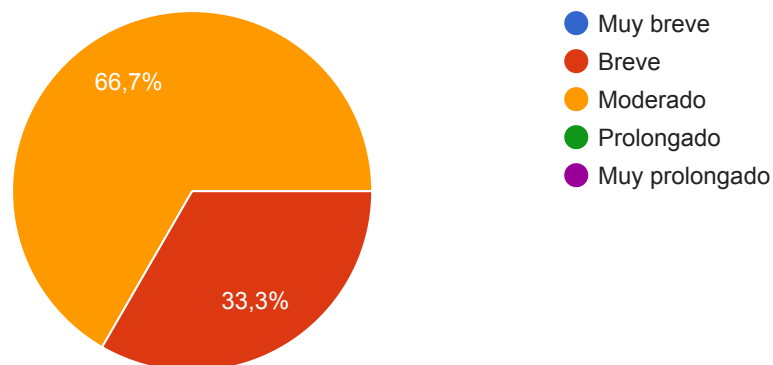
Segun la patología y su estadio



En su experiencia, ¿cómo describiría el tiempo de espera habitual para la primera consulta?

 Copiar

6 respuestas



¿Qué etapas se realizan habitualmente en la consulta de primera vez? (Valoración clínica, educación, solicitud de estudios, coordinación con otros servicios, etc.)

6 respuestas

Anamnesis, examen físico, historia clínica, solicitud de estudios, educación, planificación plan a seguir

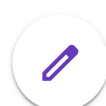
Valoración clínica sobre todo, educación y solicitud de estudios

Valoración clínica y paraclínica

Valoración de medio interno, estudios de imagen, valoración clínica, educación y si corresponde coordinación con otros estudios

Valoración clínica, solicitud estudios, educación

Evaluación clínica y analítica histórica y actual, valoración de los problemas a resolver del paciente, solicitud de estudios específicos, educación sobre enfermedad renal, inicio de tratamiento



¿Cómo se definen y coordinan los controles posteriores del paciente?

6 respuestas

Dependiendo la necesidad de seguimiento cercano o más espaciado en el tiempo

Depende de la patología, por agenda propia o por oficina de citas

Según necesidad

Si el paciente debe ser valorado en los primeros 3 meses se le otorga cita con agenda directa y fecha de exámenes de lab , de lo contrario se agenda a través del sistema de citas del HC y se debe coordinar en laboratorio lab fecha para estudios

Según la severidad patología

En función de la severidad o urgencia a resolver de los problemas detectados en la primera consulta

Según su rol, ¿qué actividades realiza usted dentro del proceso asistencial? (Orientado al "QUIÉN – QUÉ")

5 respuestas

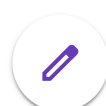
Valoración clínica, diagnóstico, tratamiento médico

Rol médico

Valoración de enfermería, educación a pacientes, agenda de pacientes , seguimiento de pacientes, coordinación con otros servicios, solicitud de inmunosupresión, solicitud de ingreso al PSR

Valoración clínica

Evaluación clínica y docente.



¿Qué protocolos considera necesarios formalizar o actualizar?

6 respuestas

Las hojas de identificación de pacientes

Protocolos de seguimiento adecuado de patologías

Sin respuesta

Actualmente se están desarrollando los mismos

Primera consulta

Seguimiento

Pasaje a ERCA

Educación en inmunosupresores

Protocolo de priorización de atención de pacientes

Cómo se gestionan las derivaciones de pacientes que requieren estudios o interconsultas?

6 respuestas

Se agendan

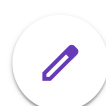
Depende de la urgencia, generalmente por sistema o recetas

Por medio de nurses

A través del sistema electrónico en la Historia clínica del paciente, con receta médica en formato papel, en algunos casos directamente lo realiza el médico con el servicio al cual se deriva al paciente

Página hospital

Mediante pedido formal por el sistema, en casos puntuales de valoración por especialista urgente mediante contacto directo con colega



¿Cómo se decide la salida del proceso asistencial?

6 respuestas

Pacientes pasibles de ser manejados en primer nivel sin necesidad de cuidados nefrológicos

No se beneficia de seguimiento por la policlínica

Por derivación a otro equipo

Se decide de acuerdo a la situación clínica del paciente, pudiendo ser alta del programa por mejoría, pase a ERCA por peoría de función renal, fallecimiento o cambio de centro asistencial

En conjunto

Según criterio clínico

En su experiencia, ¿qué pasos del circuito asistencial suelen requerir más tiempo?

6 respuestas

Gestión de estudios y paraclínica

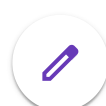
La valoración inicial

Tiempo de agenda de primera consulta

La valoración clínica

Ingreso

La evaluación clínica de la primera consulta



¿En qué momentos se generan demoras o “cuellos de botella”?

6 respuestas

A la mitad de mañana; debería coordinarse paciente por hora

Si hay mucha sobreagenda, pacientes no adherentes en los cuales se necesita abordar muchas cosas

En la agenda de primera consulta

Durante la espera para la consulta (en la sala de espera)

Espera valoración medica

Realización de estudios específicos. Valoraciones por especialistas.

¿Hay etapas donde se presenten omisiones o falta de información relevante?

6 respuestas

No

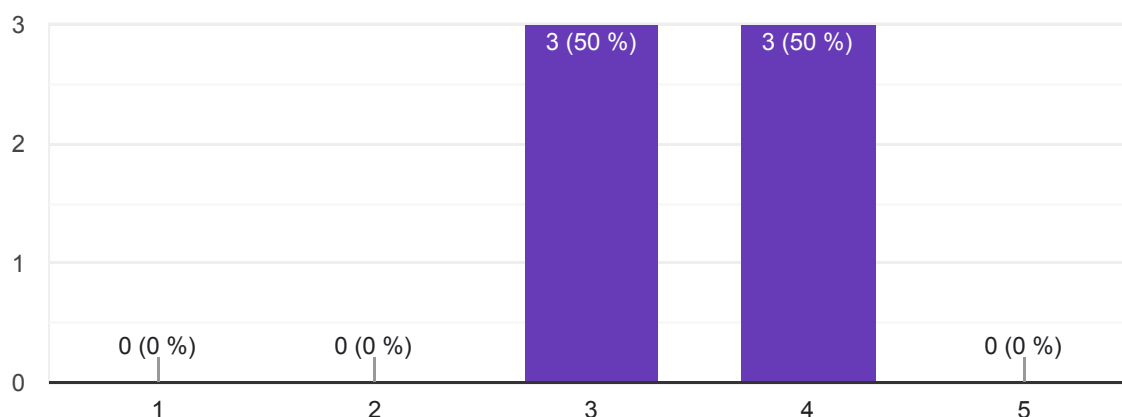
No considero

Falta de información respecto a que deben traer exámenes de sangre recientes, importancia de la adherencia al tratamiento y controles, e información respecto a la inmunosupresion y su solicitud

En relación con los recursos disponibles (humanos, materiales, infraestructura), ¿cómo evalúa su adecuación para el proceso asistencial?

 Copiar

6 respuestas



Si su evaluación de recursos fue 1, 2 o 3, describa cuáles considera las principales carencias.

4 respuestas

Poca privacidad en las consultas, sala de espera limitada, estar médico sin insumos

Recursos humanos

No aplica

H

¿Qué mejoras considera prioritarias para optimizar el proceso de atención en la Policlínica de Salud Renal?

5 respuestas

Mayor tiempo por paciente,

Mejor sistema para retiro de farmacos en farmacia, unificar sistemas informaticos con otras instituciones, mejorar sistema de interconsultas

Nurses y enfermería

Aumentar los días de consulta para poder cubrir a más población y mejorar la comunicación entre el equipo

Mayor cantidad de recursos humanos, mayores horarios de atención a pacientes

¿Hay algo más que considere importante para comprender el funcionamiento real del proceso asistencial?

4 respuestas

No

N

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - [Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios

