

Tiempo de espera para la consulta urológica en usuarios de servicios asistenciales públicos en Uruguay en el año 2016

M^a del Rosario *Martínez Llanes*, María Valeria *Quintero García*
Red de Atención Primaria – ASSE (Montevideo, Uruguay)

Correspondencia: quinterovaleraster@gmail.com (M^a del Rosario Martínez Llanes)

Introducción

Uno de los desafíos planteados en el plan estratégico de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Uruguay, es mejorar la eficiencia y la red de prestaciones de servicios sanitarios¹. En relación a estos desafíos el estudio se propone identificar la demora en las prestaciones de un efector público que involucran a usuarios que son derivados a consulta con urólogo desde la Red de Atención Metropolitana (RAM). Una de las apuestas del cambio del modelo de atención es resolver los problemas de salud de las personas, potenciando la capacidad de las mismas de influir positivamente en su vida y su entorno y para ello la identificación oportuna y adecuada derivación al especialista, en este caso el urólogo, puede ser optimizada.²

Para la interconsulta con urólogo la emisión de solicitud de consulta con este especialista genera un espacio de coordinación y derivación al centro de referencia (Hospital X) con la coordinación por agenda de la RAM. En el año 2016 los sistemas de gestión de agenda no contaban con sistema informatizado, siendo los cupos de consultas por mes adjudicados en forma aleatoria a las diferentes regiones de la RAM sin un criterio prefijado. No se identificaron estudios previos sobre atención a la demanda o características de la demanda de consulta urológica en nuestro país, para los usuarios de ASSE así como tampoco se hallaron para los tiempos de espera para esta especialidad.

Planteamiento del Problema

Del proceso de revisión y búsqueda bibliográfica sobre los tiempos de demora para la consulta urológica para la RAM, no se encontraron investigaciones para el medio local. Tampoco se identificaron protocolos de referencia y contrarreferencia para esta red. Esto dificulta la coordinación entre el Primer Nivel de Atención (PNA) y el especialista en tiempos eficientes. Se agrega la ausencia de criterios prefijados para gestión de citas, generando demoras en la atención con el especialista, con aumento de costos para el usuario en traslados y desvinculación laboral parcial o total. Esta sumatoria puede llevar a pérdida de adherencia al sistema de atención de salud con un

potencial aumento de la morbi-mortalidad en las patologías urológicas.

En Uruguay, la persistencia del modelo médico -hegemónico ha presentado consecuencias adversas que han generado consecuencias como: la despersonalización del proceso de asistencia, la fragmentación de la persona en aparatos, sistemas, etapas de la vida y técnicas diagnóstico-terapéuticas, sumado a la ausencia de un referente de confianza; se han traducido en una atención inadecuada provocando insatisfacción en los usuarios.³ Una revisión publicada en Cochrane⁴ justifica la importancia de la adecuada referencia entre el primer y segundo nivel optimizando los recursos y las conocimientos disponibles de cada país como oportunidad para optimizar los sistemas de salud y evitar la segmentación y fragmentación. Desde el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁵ proyectan para el 2025 una esperanza de vida al nacer para la mujer de 81 años y de 75 años para el hombre. Esto significa un aumento de 6 años en la esperanza de vida para los hombres en tan solo 29 años. Mayor esperanza de vida para el hombre, significa aumentar la probabilidad de sufrir enfermedades asociadas a la ancianidad y al normal deterioro de los sistemas, como el caso de las afecciones urológicas. Frente al progresivo incremento en la demanda de asistencia urológica se requiere establecer nuevos mecanismos que eviten la saturación de consultas y mejoren la calidad en la atención. Un ejemplo es lo que relata González sobre derivación de pacientes urológicos entre Atención Primaria (AP) y la Especializada.⁶ Este lo sitúa como un proceso común y requiere múltiples implicaciones para paciente, médico y sistema sanitario, también hace referencia a la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) como una de las patologías urológicas más prevalentes en el hombre. Paez Borba et al. en su estudio sobre adecuación de la referencia urológica desde la AP en servicios sanitarios españoles avanzan sobre la implementación de un protocolo de derivación al urólogo en forma estandarizada.⁷ Se trata de optimizar los recursos del sistema e intentar resolver algunas patologías urológicas desde el PN, los resultados señalan que la HPB, fimosis, incontinencia urinaria, y la disfunción eréctil fueron los motivos más frecuentes de derivación al urólogo. Otro estudio realizado por Muñoz River, M aborda una consulta de alta resolución urológica que permitió disminuir el tiempo de diagnóstico de pato-

logía oncológica urológica de 80 a 7 días intentado brindar diagnóstico precoz en población añosa con escasa sintomatología.⁸

Objetivo General

Medir el tiempo de espera de usuarios de la región sur de la RAM de ASSE, en efectivizar la consulta urológica en el Hospital X en segundo semestre del 2016.

Objetivos Específicos: 1) Caracterizar los usuarios de la región sur de la RAM, de ASSE, que efectivizaron la consulta urológica en el periodo referido, según edad y motivo de derivación. 2) Calcular el tiempo promedio de espera de los usuarios que realizaron la consulta.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se identificarán los servicios de procedencia por centro asistencial de la región sur de la RAM de los usuarios de ASSE derivados a consulta con urólogo.

Población: hombres, de 15 a 90 años, que efectivizaron la consulta en el Hospital X, durante el segundo semestre del 2016, derivados de la Región Sur de la RAM, (policlínicas y Centros de Salud).

Criterios de Inclusión: Hombres de 15 a 90 años, que fueron derivados desde Centros de Salud y policlínicas en el área de referencia de la Región Sur de la RAM, a Urólogo, y efectivizaron consulta en el segundo semestre del año 2016.

Variables: edad- centro asistencial de referencia- fecha de emisión de interconsulta- fecha realización de interconsulta- Motivo de derivación a urólogo.

Recolección de datos: Luego de obtener la autorización institucional para acceder a los registros del Hospital X se pasa a la recolección por etapas:

Etapa 1- acceder al segmento de usuarios que consultaron en el servicio de urología en el segundo semestre 2016.

Etapa 2 filtro las consultas de ese semestre para usuarios de la región sur metropolitana, uso de Sistema de Gestión (SGA) para localizar domicilios.

Etapa 3 – identificación domicilio con centro asistencial de referencia región sur

Etapa 4 - En el centro asistencial de referencia de la región sur se identificará historia clínica del usuario para obtener fecha y motivo de derivación.

Presentación datos: medidas de distribución como tendencia central, desviación estándar y rangos. Se utilizarán medidas de resumen como: mediana, media, frecuencia simple o en porcentajes. Para el análisis se presentarán tablas de frecuencia simples y se elaborarán gráficos tales como histogramas y diagramas de barra. Se utiliza la clasificación de Páez Borda para los motivos de derivación más frecuentes.⁷

Plan de Trabajo

- 1) Elaboración de formulario para la recolección de datos.
- 2) Selección, análisis de los datos obtenidos a través del SGA, y consulta con Historia Clínica.
- 3) Elaboración de tablas bivariadas, tablas de frecuencias y gráficas con la ayuda del programa Excel.
- 4) Análisis de distribución de frecuencias de dicha información.

Recursos Humanos: Se contará con la Licenciada en Enfermería investigadora principal, durante todo el proceso, estimando 6 hs semanales por un período de 6 meses con un tiempo estimado de 180 hs, totales (sujeto a modificaciones).
 Recursos Materiales: Se usarán equipos personales (computador personal, telefonía y traslados) que no generan costos a la institución donde se realizará el trabajo, los costos son asumidos por el investigador.

Cronograma de Trabajo

Meses / Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Autorización institucional	X					
Recolección de datos Etapas 1 a 4		X	X	X		
Procesamiento y análisis de datos				X	X	
Elaboración de informe Final					X	
Difusión de los resultados						x

Conclusiones

De la discusión y análisis se espera identificar cuáles fueron los tiempos de espera promedio, ajustado por edad, por centro de referencia y motivo de derivación. Frente la meta propuesta por el Ministerio de Salud Pública de no más de un mes de espera para esta especialidad, podremos tener una

referencia al 2016 y así generar un estudio para el 2018 de tipo comparativo, en el marco de un nuevo modelo de gestión informatizada. Los hallazgos contribuyen a evaluar indirectamente accesibilidad, eficacia y eficiencia de los mecanismos de coordinación entre los niveles de atención para prestaciones específicas.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud Pulica (2016). *Objetivos Sanitarios Nacionales*. Montevideo: MSP (Disponible en <http://www.msp.gub.uy/noticia/presentaci%C3%B3n-de-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>) [Acceso 4 de Marzo 2018]
2. García Martínez R, Ordiozola Perrone M, El Sistema nacional Integrado de Salud, Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Jurisprudencial. Montevideo La Ley 2009
3. Levcovitz E Antonioli G, Sánchez D, Fernández Galeano M, Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo OPS 2011

4. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Revisión Cochrane traducida). In: En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2. Oxford: Update Software Ltd; 2008
5. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados 2013 (Disponible en http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=c4d937f9-49e4-4989-b3fc-c6130745233b&groupId=10181) [Acceso 28 de agosto 2018]
6. González C, Sánchez M, Carbonero M, Cabello R. The Urological Referral Process From Primary Health Care. Reflections On Referral Criteria. Archivos Españoles de Urología. 2014;(9):748-758.
7. Páez Borda A, Redondo González, E Ríos González E, Linares Quevedo A, Sáenz Medina J, Castellón Vela I. Adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria a un Servicio de Urología. Actas Urol Esp. 2007;31:1166-71.
8. Muñoz Rivero M. Resultados Oncológicos Tras Implantación De Una Consulta De Alta Resolución De Hematuria Macroscópica. XXXIII Reunión Nacional del Grupo de Uro Oncología Jaén: Asociación Española de Urología; 2018 (Disponible en: https://www.aeu.es/aeu_webs/reuniones/oncologia2018/resumenGR.aspx?Sesion=3&Numero=P-66) [Acceso 20 Agosto 2018].