

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Experiencias sobre un modelo

Jorge Iván Cohen Cajiao

Especialista en medicina de urgencias

Especialista en gerencia de la salud pública

Coordinador postgrado medicina de urgencias - CES

Coordinador CEMPAS - CES

***Coordinador servicio de urgencias Hospital Manuel Uribe Ángel -
Envigado***



NIVELES DE ATENCION

PRIMER NIVEL

Los problemas de salud son de menor severidad

Se atiende el 70 – 80 % de la demanda del sistema

SEGUNDO NIVEL

Se atiende del 12 al 22 % de la demanda

Conformado por los hospitales
Mayor énfasis en la recuperación

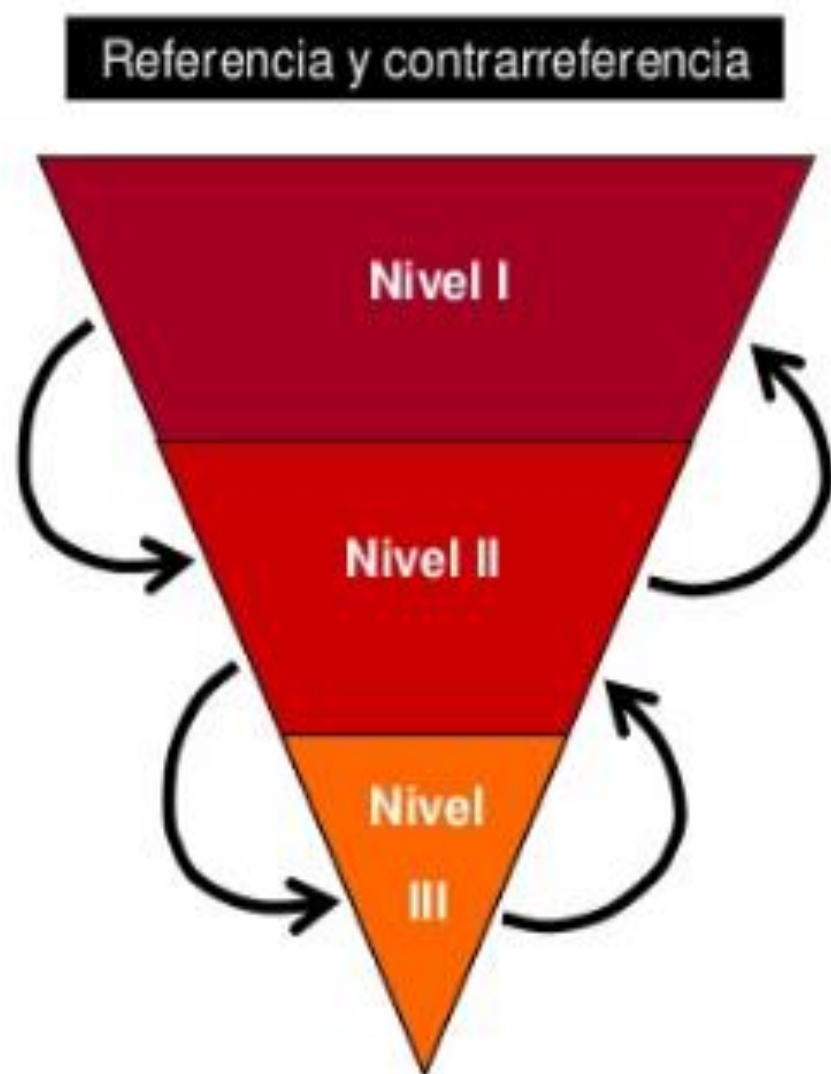
TERCER NIVEL

Se atiende del 5 al 10% de la demanda

Requiere de una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación

MSPAS. Niveles de atención

- **Nivel de Atención I: servicios básicos de salud**
 - Puestos de salud
 - Centros comunitarios (o de convergencia) del Programa de Extensión de Cobertura
- **Nivel de Atención II: servicios ampliados**
 - Centros de Salud
 - Centros de Atención Materno-Infantil
 - Hospitales Generales (departamentales)
- **Nivel de Atención III: servicios de alta complejidad**
 - Hospitales Regionales
 - Hospitales Nacionales
 - Hospitales Especializados de Referencia Nacional



“Se van a congestionar los servicios de urgencia”

La Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales teme que con la Ley Estatutaria de la Salud se congestionen más los servicios de urgencia en esos establecimientos en todo el país.

Hoy, según el presidente de la entidad, Juan Carlos Giraldo, “el 70% de la población enferma está ingresando por urgencias y el 30% por otras vías como

la consulta externa”, lo cual ya tiene en dificultades a muchos hospitales.

“Tenemos la obligación de prestar el servicio, pero estamos dándole crédito a unas entidades aseguradoras (EPS) que no pagan oportunamente y ponen en riesgo de cierre a los hospitales”, dice.

Hasta junio del 2014 las EPS adeudaban \$5,5 billones a 130 establecimien-

tos, y un 58% de cartera vencida. Pero si tiene en cuenta a toda la red hospitalaria las cuentas pueden subir a la no despreciable suma de \$12 billones.

“La ley es una noticia positiva para la población, pero no supera la crisis del sistema. Esa norma no tendrá una base sólida, si no hay una reforma ordinaria que corrija los graves problemas finan-

cieros que aquejan al sistema, ya que de lo contrario podría fracasar”, anotó.

Giraldo recalcó que “los anuncios de que el POS se acaba y que todo quedará incluido es un anuncio fantástico, pero cuando se mira el Decreto 2702 que le otorga un periodo de gracia de siete años a las EPS que incumplen y funcionan mal, nada está resuelto”.



QUE ES LA SATURACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS?

"NO EXISTE EL TIEMPO NECESARIO para atender las NECESIDADES del siguiente PACIENTE que solicita ATENCION MÉDICA"

Si la atención de los PROBLEMAS URGENTES se retrasa debido a la Congestión entonces existe SATURACION.

¿Por qué el colapso en las salas de urgencias de Medellín?

**Urgencias en Medellín:
colapso anunciado**

CLASIFICACION DE PACIENTES EN LA SALA DE URGENCIAS: CONVICCION Y FUNDAMENTOS

EL PRINCIPIO DE LA CLASIFICACION

Garantizar que todos los pacientes reciban con oportunidad y calidad la atención adecuada de acuerdo a sus necesidades *(justicia clínica)*, utilizando los recursos necesarios e indicados *(eficiencia)*

OPORTUNIDAD

CALIDAD

**ACCESO
SERVICIOS DE SALUD**

CAPACIDAD RESOLUTIVA

..... DESDE LA BAJA COMPLEJIDAD

- ✓ Sólidos programas de promoción y prevención.
- ✓ Fortalecimiento asistencial y académico de la consulta externa en cada uno de sus programas.
- ✓ Oportunidad en la consulta externa y con verdadera opción de prioritaria.
- ✓ Capacidad resolutoria desde la consulta externa y desde los servicios de urgencias.
- ✓ Adecuado uso de los recursos.

..... DESDE LA MEDIANA COMPLEJIDAD

- ✓ Definir la red y su intención de atención.
- ✓ Establecer el flujo de pacientes desde la baja y desde la alta complejidad.
- ✓ Generar procesos asistenciales definiendo el flujo de pacientes hacia la alta complejidad.
- ✓ Si esta inmersa en la alta complejidad, establecer procesos de atención diferentes.
- ✓ Adecuado uso de los recursos.

..... DESDE LA ALTA COMPLEJIDAD

- ✓ Disponibilidad para la aceptación de pacientes desde la baja y mediana complejidad.
- ✓ Establecer procesos asistenciales para el flujo de pacientes hacia la mediana y baja complejidad.
- ✓ Adecuado uso de los recursos.



Revisión

Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **00005596** DE 2015

(24 DIC. 2015)

Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en los artículos 173 numeral 3 de la Ley 100 de 1993, 10 del Decreto 4747 de 2007 y 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011 y,



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0005596 DE 2015

(24 DIC. 2015)

Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

- 5.1. **Triage I: Requiere atención inmediata.** La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.
- 5.2. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que **no debe superar los treinta (30) minutos.** La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.
- 5.3. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas **en urgencias.** Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

PREGUNTAS – PARA PENSAR EN DECISIONES:

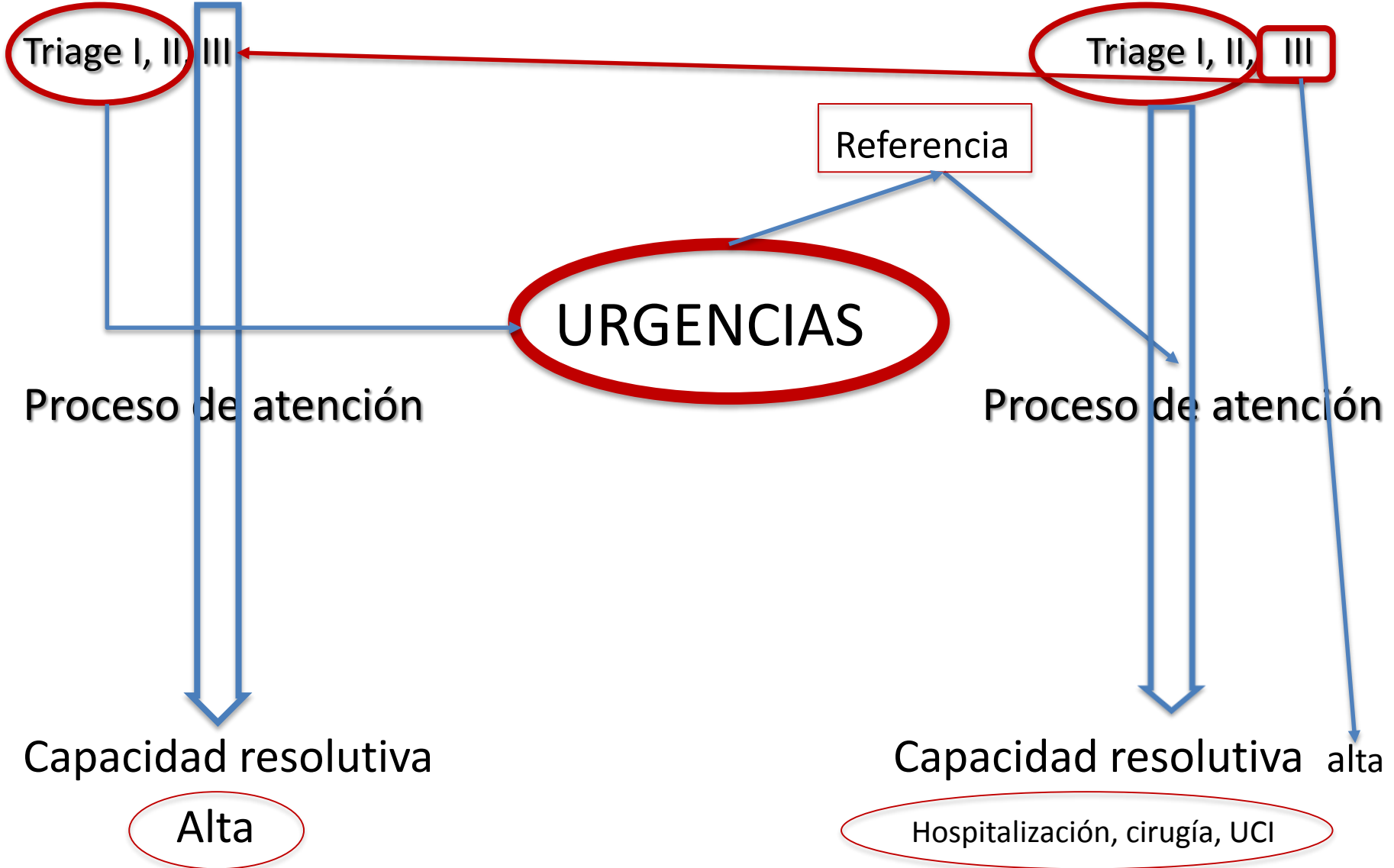
1. Los pacientes seleccionan el nivel de complejidad antes de consultar?
2. El flujo de pacientes a través del sistema progresa de acuerdo a la complejidad o esta invertido? (referencia y contrareferencia)
3. Porque muchos pacientes con necesidad de atención en mediana y alta complejidad se están quedando a la espera de camas disponibles en la baja complejidad?

PREGUNTAS – PARA PENSAR EN DECISIONES:

4. Los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad tienen la capacidad para la atención del triage III, sin “sacrificar” la atención del triage I y II?
5. La atención del triage III no es el objetivo fundamental de las urgencias de baja complejidad?
6. La atención del triage I y II no es el objetivo fundamental de las urgencias de mediana y alta complejidad?

BAJA COMPLEJIDAD

MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD



Acceso a servicios de salud

- ✓ Función de los centros reguladores (centrales de referencia)
- ✓ Red de ambulancias (TAB – TAM)
- ✓ Red de ginecología y obstetricia
- ✓ Red de atención en psiquiatría
- ✓ Volumen de atención de SOAT y ARL
- ✓ Programas de altas tempranas y salud en casa
- ✓ Flujo de pacientes a través del área metropolitana

“Los líderes piensan y hablan sobre soluciones, los seguidores piensan y hablan sobre problemas”

Bryan Tracy