



Colegio Médico de Panamá Asociación Médica Nacional

Septiembre 24, 2024

Ílogo Nacional por la Transformación del Sistema de Salud y
de la Seguridad Social

Algunas Medidas
para la Reducción
de la Mora a Corto
Plazo

Acciones inmediatas y corto plazo

1. Organizar interinstitucionalmente una fuerza de trabajo interdisciplinaria CSS-MINSA para intervenir, dirigir y resolver el problema.
2. Establecer de inmediato 10 indicadores básicos de producción y productividad de carácter gerencial para evaluar los servicios salud relacionados con la MORA. quirúrgicos, farmacéuticos, medios diagnósticos, consulta especializada y general, procedimientos.
3. Darle mantenimiento , insumos, equipo básico, y reorganizar los quirófanos del sistema Público. Si es necesario comprar servicios de mantenimiento de forma temporal no se podrá hacer no más allá de 6 meses.
4. Se Combinarán y complementarán los insumos, servicios quirúrgicos, procedimientos, diagnósticos y de medicamentos de la CSS Y el MINSA, de ser necesario.
5. Se nombrará todo el personal de salud disponible ,dando prioridad a las áreas de baja cobertura y dotación de personal.
6. Sera prioridad y responsabilidad de cada jefe de establecimiento reducir la lista de espera y la mora, en cualquiera de sus manifestaciones.
7. Se organizarán de inmediato una red de telemedicina de consulta e información de los pacientes y para interconsulta inmediata de los médicos generales a las especialidades de soporte y viceversa



- 8- Se revisarán los protocolos preoperatorios de las cirugías y procedimientos más frecuentes y se fusionarán para hacerlos únicos y estandarizados nacionales, de las atenciones de prestación más comunes para asegurar que no estén sobrecargadas en requisitos, tramites pruebas etc. innecesarios o incongruentes con la capacidad de oferta del sistema. EKG, tórax, consulta a cardiología etc. para Cataratas, hernias, pterigión, quistes, endoscopias, ligaduras, mamografías y cirugía ambulatoria. En oftalmología invitar la misión cubana podría ser altamente eficiente.
- 9- Todos los médicos deberán cumplir horarios, meta y normas de producción ya establecidas.
- 10- Se reorganizan los servicios poner a disposición de equipos de RRHH con capacidad de diagnóstico rápido.
- 11- Su fortalecerán los centros de cirugía ambulatoria, cada hospital regional y región de salud deberá tener al menos una.
- 12- hacer realmente eficientes las unidades de hospitalización de corta estancia.
- 13- Se establecerán centros de tratamiento oncológico en David, Santiago y Azuero, nuevamente la misión cubana podría ayudar.
- 14- Se extenderán los horarios de atención en todas las Policlínicas y centros de salud, al igual que la farmacia pública, en base a la reorganización de horarios del personal existente.
- 15- Se abrirán todos los subcentros y puestos de salud en toda la red nacional.
- 16- En la consulta especializada, todos los controles regulares de pacientes estables serán referido al primer nivel.
- 17- Se habilitará los médicos generales la prescripción de medicamentos y procedimientos diagnósticos especializado más comunes.



18- Todo medico funcionario que no pueda desempeñar la función quirúrgica especializada de su contrato por razones de edad u otra índole será reasignado a la consulta externa, a los procesos de capacitación-formación-investigación, logística o gestión.

19- Se revisarán y aumentara la capacidad y se pondrán en marcha en áreas estratégicas, en los hospitales de día en Santiago, Azuero Penonomé, David y Panamá Oeste que tienen espacios para esta ampliación.

20-Se suspenderán por 3 meses las vacaciones no programadas , así como licencias, congresos, seminarios, capacitaciones, giras, etc, aquellas urgentes se realizarán después del horario regular y los sábados.

21- Los tiempos de espera se pueden reducir si en lugar de ser derivados a un cirujano específico, los pacientes son derivados a un modelo de entrada única. Los modelos de entrada única (SEM) generalmente incluyen la admisión central de derivaciones de proveedores de atención primaria (o auto derivaciones, si corresponde), derivaciones agrupadas/lista de espera entre un equipo de cirujanos y triage por urgencia e idoneidad. El proveedor de atención primaria de un paciente realiza una derivación al SEM (compuesto por cirujanos y otros proveedores, según corresponda); si el paciente es candidato a cirugía, la derivación se clasifica en función de la condición y la urgencia al cirujano con la espera más corta y que tenga la experiencia más adecuada.



22- Modelos de entrada única y gestión mejorada de listas de espera. SEM (Single Entry Modelo = Modelo de Entrada Única).

- Los tiempos de espera se pueden reducir si en lugar de ser derivados a un cirujano específico, los pacientes son derivados a un modelo de entrada única. Los modelos de entrada única (SEM) generalmente incluyen la admisión central de derivaciones de proveedores de atención primaria (o auto derivaciones, si corresponde), derivaciones agrupadas/lista de espera entre un equipo de cirujanos y triage por urgencia e idoneidad. El proveedor de atención primaria de un paciente realiza una derivación al SEM (compuesto por cirujanos y otros proveedores, según corresponda); si el paciente es candidato a cirugía, la derivación se clasifica en función de la condición y la urgencia al cirujano con la espera más corta y que tenga la experiencia más adecuada.

23- Por el contrario, los SEM minimizan el número de listas de espera y equilibran la carga de trabajo, lo que garantiza que todos los cirujanos tengan un trabajo constante. Esto puede reducir significativamente las largas esperas de los pacientes, a menudo comunes entre los cirujanos de mayor experiencia, y garantizar que cirujanos más jóvenes igualmente calificados puedan realizar cirugías con mayor rapidez. La satisfacción de los pacientes y los proveedores es alta con los SEM, y también puede reducir la carga administrativa dentro de la atención primaria, que también es tensa.

- Los SEM son más eficaces cuando las listas de espera las gestionan las autoridades sanitarias, en lugar de los consultorios de cirujanos individuales.

- Requisitos: la asignación es realizada por autoridades sanitarias, no por los ejecutores. El sistema de asignación se debe auditar periódicamente para asegurar que no hay distorsión.



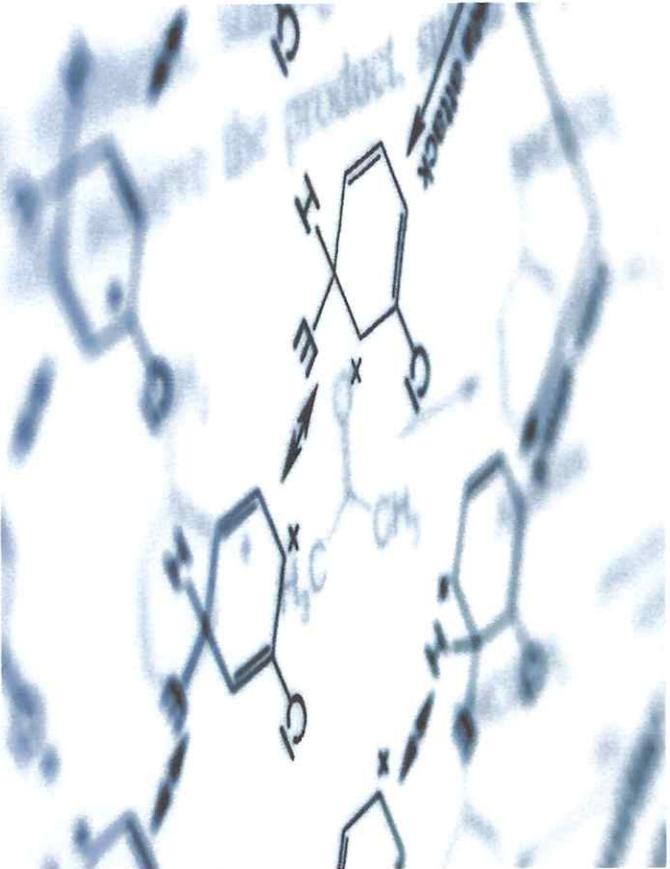
24. Aumentar el acceso a la atención domiciliaria y comunitaria de las personas mayores. Generar un programa nacional de hospitalización en casa y hogares del adulto mayor con acceso universal.
- Un mejor acceso a la atención domiciliaria y comunitaria universal de alta calidad para las personas mayores reducirá la cama de la escasez de camas de hospital,
 - cancelaciones de cirugías programadas y, en última instancia, tiempos de espera quirúrgicos para todos los pacientes.
 - Muchos pacientes que ocupan camas de hospitalización no pueden ser dados de alta debido a la falta de alternativas basadas en la comunidad.
 - Al ocupar camas asignadas a personas que pueden ser atendidas fuera del hospital, genera disminución de listas de espera en todo, incluyendo cirugía.

3. Atender urgentemente los desafíos tecnológicos y procesos administrativos complejos causaría directamente Reducción de los

errores y atrasos por reprocesamiento (hacer los mismos procesos varias veces).

- Aunque parezca algo poco importante. El reproceso de laboratorios, recetas, estudios de imagen, biopsias por ineficiencias en el sistema causa no solo aumento de los costos de atención, sino un aumento de los tiempos de espera entre 35-50% añadido.
- Cancelar y posponer cirugías, extender días cama y peor aún errores en la atención, son parte de este problema.
- Solución: auditar los sistemas de información sanitarios, eliminar duplicidades, desempeño Subóptimo, sistemas innecesarios y reconstruir el sistema de manera que tenga menos elementos que aumenten riesgo de demoras, errores y agilice sin necesidad de caer en libertades riesgosas.





Evidencia y Bibliografía

- Longhurst, A. (2023). Reducing surgical wait times in Canada: policy barriers and solutions. Working paper. [Published as an 11-part solutions series by the Canadian Health Coalition]
- 4. A comparative analysis of centralized waiting lists for patients without a primary care provider implemented in six Canadian provinces: study protocol. Mylaine Breton, Michael Green, Astrid Brousselle. 2017. BMJ.
- 5. How long are waiting times across countries? Biblioteca de la OECED. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/242e3c8c/1/3/2/index.html?itemId=/content/publication/242e3c8c-en&csp_ =e90031be7ce6b03025f09a0c506286b0&itemGO=oecd&itemContentType=book 2021.
- 6. Policies to address waiting times can target the supply side, the demand side, or both. Biblioteca de la OECED. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/242e3c8c-en/1/3/4/index.html?itemId=/content/publication/242e3c8c-en&csp_ =e90031be7ce6b03025f09a0c506286b0&itemGO=oecd&itemContentType=boo
- 7. Reducing wait times to surgery—an international review. Tania Stafinski1, Ferranda N. I. Nagase1, Mary E. Brindle2,3, Jonathan White2,4, Andrea Young1, Sanjay Beesoon2,4, Susan Cleary1, Devidas Menon1. 2022, Journal of Hospital Management and Health Policy
- 8. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. 2010. British Medical Bulletin. <https://academic.oup.com/bmb/article/95/1/7/269524>
- 9. Approaches to reduce surgical waiting time and waitlist. Agencia para la Innovacion Clinica. Estrategias para el sector publico. New
- Wales. <https://aci.health.nsw.gov.au/statewide-programs/critical-intelligence-unit/surgery-waitlist>
- 10. Same-Day Access in Oncology: A Patient-Centric Paradigm for Health Care Delivery. Author: Allen M. Chen, MD, MBA. 2024, JCO, Journal of Oncology Practice.
- 11. Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones, Ministerio de Sanidad y Política Social, España. 2009.1

Reginald Gutierrez de Mock
 Dra. Raquel Gutierrez de Mock
 Presidente
 Colegio Médico de Panamá

Dr. Maria Helena Arango
 Dra. Maria Helena Arango
 Presidente
 Asociación Médica Nacional

Dr. Rigoberto Centeno
 Dr. Rigoberto Centeno
 Colegio Médico de Panamá

