

Propuesta de COMENENAL #4 para combatir y corregir la Mora de Citas, Panamá 30 sept 2024.

Resumen:

La mora de Citas Clínicas es la consecuencia de NO TENER una verdadera Estrategia de Atención Primaria Integral (Tipo Inglaterra-desde 1947 o Costa Rica- hace 27 años):

- 1) Sectorización de toda la Población de 4.5 millones. 1,500 a 3,500 personas por sector
- 2) Lista de Adscripción por sector.
- 3) Asignación de un Equipo Básico de Salud de Cabecera a cada sector.
- 4) Este 1er nivel debe resolver entre el 70 al 80% de toda la demanda de Atención en Salud.
- 5) Sólo con esta organización puede haber Cobertura Universal en Salud Integral.
- 6) Sólo con esta organización se puede hacer el cambio de un modelo curativo a un modelo preponderantemente preventivo de Salud Integral.

A pesar de no tener en Panamá una verdadera Estrategia de Atención Primaria y que el gobierno NO la tiene entre sus prioridades, si podemos modificar prácticas que producen la gran demanda insatisfecha de citas clínicas en cada Nivel de Atención.

- 1- 1er Nivel de Atención: Centros de Salud, Sub Centros y Puestos de Salud, ULAPS, CAPS Policlínicas Básicas, y con camas de corta estancia o partos.
 - a. Resuelve hasta el 70% de la demanda de Atención en Salud Integral.
 - b. Eso significa que en el SRyCR (Sistema de Referencia y Contra Referencia) los Sub Especialistas NO deben quedarse con los pacientes por muchas citas. El seguimiento de cualquier tratamiento debe ser seguido por los médicos generales o los especialistas de Especialidades básicas: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Medicina Familiar y Psiquiatría. Incluyendo la prescripción de seguimiento de cualquier medicamento.
 - c. Para ello debe haber la posibilidad de comunicación expedita de estos médicos con los sub-especialistas para cualquier duda (telemedicina).
 - d. Deben poder prescribir cualquier medicamento. En caso de Medicamentos de subespecialidades deberán estar coordinados con los subespecialistas (telemedicina).
 - e. Deberán ser responsables de 1/3 de la Prevención primaria y de la prevención 2ª.
- 2- 2º Nivel de Atención: Policlínicas especializadas, Hospitales Rurales o Provinciales (regionales).
 - a. Resuelve el 20% de la demanda de Atención en Salud Integral.
 - b. Tiene especialistas básicos y además algunas sub especialidades.
 - c. Deben coordinar con el 1er Nivel el seguimiento de los tratamientos de los pacientes interconsultados sin quedarse con ellos (telemedicina).
 - d. Deberán ser responsables de la Prevención 2ª y parte de la 3a
- 3- 3er Nivel de Atención: Hospitales Suprarregionales o Nacionales.
 - a. Resuelve el 10% de la demanda de Atención en Salud Integral.
 - b. Tienen casi todas las Subespecialidades sobre todo las más complejas.
 - c. Deben coordinar con el 1er y 2º Nivel el seguimiento de los tratamientos de los pacientes interconsultados sin quedarse con ellos (telemedicina).
 - d. Deberán ser responsables de la Prevención 2ª, 3ª y 4ª
- 4- Habrá un 4º nivel heterogéneo para procedimientos de subespecialidades críticas y de rehabilitación complejas: Institutos especializados.
 - a. Resuelve el 1% de la demanda de Atención en Salud Integral.
 - b. Tiene Subespecialidades Críticas y altamente especializadas en rehabilitación.
 - c. Deben coordinar con todos los otros Niveles de Atención en Salud Integral.

d. Deberán ser responsable de la Prevención 3ª.

Ya en lo Operativo:

1- Citas Clínicas en el 1er Nivel de Atención:

a. Actualmente el problema es que en este nivel la demanda rebasa la capacidad por:

- i. Recetas para pacientes con enfermedades crónicas: esto se puede disminuir sustancialmente con recetas electrónicas enviadas a cada paciente con códigos de seguridad para quienes ya estén bien controlados o entregarlas con una breve revisión dirigida según patologías.
- ii. Priorizar la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.
- iii. Las citas podrán darse presencialmente o electrónicamente al inicio para las enfermedades agudas. Luego de lograr control de la mayoría, las citas serán programadas electrónicamente.
- iv. Siempre deberán ser planificados médicos generales que garanticen en cada unidad ejecutora para la atención de todos los pacientes del día, cubriendo incluso a los médicos que puedan ausentarse por causas o imprevistos naturales.
- v. Los horarios de atención se cumplirán íntegramente: 8 horas de 7am a 3pm, y se planificará en algunas Unidades ejecutoras se tendrán horarios de personal de 11am a 7pm o de 1pm a 9pm. o 3pm a 11pm.
- vi. La meta es la detección de Factores de riesgos, de enfermedades de novo lo más temprano posible y de un tratamiento óptimo que evite o retrase progresión de las enfermedades crónicas. Deben tratar toda la enfermedad crónica y la enfermedad crónica descompensada.

2- Citas Clínicas en el 2° Nivel de Atención:

a. Demanda rebasa la oferta:

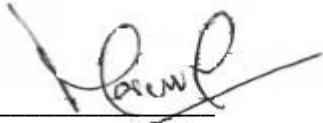
- i. i y ii, son similares al previo.
- ii. A través de Telemedicina se podrán dar consejos y rápida resolución a pasos simples o dudas de los médicos del 1er Nivel, sin necesidad de una cita formal.
- iii. Las citas serán sólo digitalmente por agenda, pero el paciente deberá confirmar su asistencia de manera digital o telefónica el día previo. Si no, su puesto será asignado al siguiente de la lista y se le comunicará y se pedirán garantías de asistencia.
- iv. Luego de cada interconsulta se devuelve el paciente a quien lo refirió.
- v. Tendrán Médicos generales y especialistas básicos que garanticen en cada unidad ejecutora que cubran aún cuando haya faltado un colega.
- vi. Horarios de atención de 7am a 3pm y de 11 am a 7pm.
- vii. La meta es la detección de enfermedades de novo lo más temprano posible y de un tratamiento óptimo que evite o retrase progresión de las enfermedades crónicas. Deben tratar todas las enfermedades crónicas descompensadas.

3- Citas Clínicas en el 3er nivel:

a. Demanda rebasa la oferta por una mala interpretación que las enfermedades crónicas deben ser tratadas con subespecialistas. Los subespecialistas deben tratar sólo la enfermedad crónica complicada.

- i. I, ii, iii, iv, son iguales al previo.

- ii. Tendrán médicos especialistas generales que cubran las ausencias de algún colega.
 - iii. Horario de atención de 7am a 3pm.
 - iv. La meta es el tratamiento óptimo que permita recuperar el paciente, prevenir más complicaciones y rehabilitarlo.
- 4- Las citas clínicas de seguimiento en el 4° nivel serán muy pocas.



Dr. Domingo Moreno
Presidente de AMECHM
Coordinador de la CO. ME.NE.NAL.



Dr. Julio Osorio
Vice-Presidente de AMEHR-Chiriquí
Secretario de la CO.ME.NE.NAL.