ESTADO: APROBADO

TIPO DE ACTA: REUNION		
NÚMERO DE ACTA: 9		
FECHA: 16/09/2025	HORA INICIO: 11:00 AM	HORA FINAL: 12:00 PM
LUGAR: Virtual		
RESPONSABLE: Adriana Ardila		

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

Realizar el seguimiento técnico del producto 5. Estrategia para la gestión y control de la sobre-ocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional (contrato MSPS-1490-2025).

ORDEN DEL DÍA Y DESARROLLO (TEMAS TRATADOS)

Índice:

1. Verificación de quórum.
2. Presentación de avances del producto.
3. Toma de decisiones, acuerdos y compromisos.

Contenido:

1. Verificación de quórum.
Se verifica el quórum y se inicia la reunión.

2. Presentación de avances del producto.
Por parte del IETS se presentan los avances del producto:

El 15 de septiembre el IETS entregó los 3 informes pactados en el cronograma. Del informe de la caracterización se excluyó el análisis de los reingresos a urgencias antes de las 72 horas (2023 y 2024) y agregó la información pública disponible en el MOCA, el marco conceptual del informe 2.

Según cronograma, la revisión de estos informes por parte del MSPS tiene fecha de cumplimiento

el lunes 22 de septiembre y los ajustes IETS el lunes 29 septiembre.

Se revisan las fechas venideras del cronograma aprobado y se infiere que: el diseño inicial de la estrategia debe estar para el lunes 29 septiembre ya que la validación de expertos va del 30 de septiembre al 10 de octubre. Así, la propuesta de estrategia ajustada irá del 10 al 14 de octubre y se recuerda que el piloto está programado del 14 octubre al 28 de noviembre. Aunque en el seguimiento anterior se había previsto una posible propuesta de ajuste en el cronograma aprobado, el IETS expone que no lo vio viable porque el 15 de diciembre inician los plazos de revisión del informe final para cumplir su ajuste dentro de la culminación del contrato, el 31 de diciembre. Además, no es conveniente extender el piloto a fechas de diciembre dadas las dinámicas administrativas de fin de año en los prestadores.

Adriana Ardila, por parte del IETS presenta algunos resultados de la encuesta a servicios de urgencias:

Porcentajes de ocupación: en todos los grados de complejidad se documentaron ocupaciones por encima del 100%, los más altos se ubicaron en la mediana y alta complejidad, en las sillas del ambiente de transición y en las camillas de adultos.
Triage: de los pacientes atendidos en urgencias, la mayor proporción corresponde a triage III.
Tiempos promedios de espera desde el ingreso hasta la clasificación de triage: 15,4 minutos en alta complejidad, 23,8 en la mediana y 16,8 en la baja. También se presentaron los tiempos promedio de espera desde la clasificación de triage hasta la atención médica inicial, para cada triage.
Sistema de información: la distribución de herramientas o sistemas utilizados para medir la sobreocupación en los servicios de urgencias muestra algunas capacidades instaladas en el país y también algunos rezagos (65,5% tienen algún sistema de información propio; 38,9% tienen tableros de control; 13,3 no tienen ninguno; solo 7% usan NEDOCS).

También se presentaron las principales causas de sobreocupación según el promedio ponderado de las respuestas de los encuestados a preguntas tipo Likert; estas se desagregaron según el grado de complejidad. Estas confirman que la sobreocupación en urgencias más que una problemática en sí misma es un síntoma de problemáticas que pueden estar por fuera de las urgencias y que hacen que los pacientes lleguen a urgencias buscando solucionar sus dificultades de acceso a la atención ambulatoria; al respecto, en las entrevistas se destacó la no entrega de medicamentos, o tienen cirugía programada pero no los han operado y el síntoma se está agudizando.

Finalmente, el IETS presentó los avances en el diseño de la estrategia, que tenemos, que acelerar y culminar en las próximas 2 semanas. Hubo una buena concordancia entre lo que encontramos como posibles propuestas en la revisión de literatura, en el estudio cualitativo y la caracterización de los servicios. En el informe final, el Ministerio va a encontrar la estrategia integral con lo que se puede hacer para la gestión y el control de la sobreocupación en urgencias en el servicio de urgencias y en su articulación con los demás servicios del sistema.

De todas ellas, en esta reunión se presentaron unas propuestas preliminares que pueden hacer parte del piloto que se debe implementar y que necesita ser muy específico, con asuntos que sean implementables en un servicio de urgencias sin gestionar permisos especiales en el ente territorial, o habilitar un servicio, por ejemplo, de telemedicina. Asimismo, el IETS solicitó una

reunión de seguimiento adicional a las quincenales, para la próxima semana, con el fin de volver a presentar avances sobre la base de las apreciaciones que tenga hoy el Ministerio respecto de estas ideas preliminares, las cuales se presentaron según lo dispuesto en el contrato 1490-2025 y los problemas que ellas pueden resolver:

SISTEMA DE MONITOREO EN TIEMPO REAL: referenciación entre prestadores, para compartir una experiencia de un sistema de información identificado en una IPS de Cali y en una de Bogotá.

HERRAMIENTAS DE DERIVACIÓN DINÁMICA: referenciación para que los CRUE conozcan el CIGA de Medellín.

GESTIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS: referenciación para que los actores del sistema conozcan el modelo MiRed (Barranquilla) y el acuerdo tripartita (Bogotá – pandemia).

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES: referenciación para que los servicios de urgencias conozcan experiencias exitosas como: manejo por médico general en pico respiratorio (Bogotá), telemedicina usando un monitor de grado médico, y una nueva socialización del análisis de capacidad instalada dirigida a los departamentos con mayor rezago.

Las anteriores con evaluaciones antes y después para identificar cambios en conocimientos e intenciones de adopción.

Julio Vergel, por el Ministerio, pregunta por la ayuda de sistema de información para el manejo online, si se ha pensado en las metodologías que hay o algún acercamiento con los desarrollos propios de las IPS para mirar cómo podría generarse una interoperabilidad y tener online la información que dé cumplimiento a los autos de la Corte. Se pone el ejemplo del dashboard desarrollado en el producto 4 de este mismo contrato. Lo anterior en función de la nueva regionalización (10 regiones) establecida en la reglamentación reciente (Dec. 858-2025) que, en relación con el aseguramiento, apunta a una regionalización que incluye las redes integrales de prestación de servicios.

Adriana Ardila propone presentar esto en la reunión adicional de seguimiento propuesta para la próxima semana, que se está solicitando. Según lo presentado hoy, la capacidad instalada en las IPS para interoperar en tiempo real es heterogénea, con unas que ya están listas y otras que no. En urgencias se necesitan decisiones en tiempo real que requieren información interoperable en tiempo real o casi real (por lo menos 4 a 6 horas de actualización), pero los CRUE están funcionando con reportes que les envían por correo electrónico, según el territorio, mañana, tarde y noche, o mañana y noche.

Entonces se puede pensar en una alternativa que tome como referencia el CIGA de Medellín, que se mencionó antes, en la que los distintos actores se autentican en una plataforma que funciona tipo contact center. Dentro de los plazos del proyecto esto no se alcanza a desarrollar ni a implementar, pues un desarrollo de tecnología o un desarrollo software lleva más tiempo; en esa medida, sí se entregará la propuesta, pero esta no va a tener un desarrollo ni una implementación, estos son imposibles en los plazos del proyecto. En el piloto de este producto se puede incluir la propuesta, la cual que se tendrá que seguir desarrollando e implementando a futuro. Pero pensar que vamos a tener un software desarrollado y listo para instalar antes del 31 de diciembre: no. Por

el Ministerio se expresa "ok".

Por el IETS se complementa que, otro camino es que cada servicio de urgencias siga adquiriendo capacidades para poner su información en un tablero que interopere. Vimos que quienes ya lo tienen implementado están haciendo cosas espectaculares con Excel, Power BI, y su historia clínica interoperable. Peo si los servicios no tienen historia clínica interoperable no vamos a tener datos de urgencias en tiempo real, y, con sentido de realidad, no podríamos poner al personal de urgencias que está registrando en papel, a que además envíe información de este tipo en tiempo real. Todavía hay que avanzar más en las capacidades nacionales, sobre todo en esos territorios donde probablemente coinciden las brechas que documentamos en capacidad instalada.

De esta manera, verificando que no haya otras consideraciones por parte de las y los asistentes, se cierra la sesión.

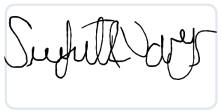
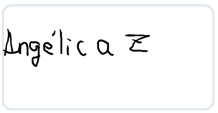
3. Toma de decisiones, acuerdos y compromisos.
La reunión adicional de seguimiento queda programada para el miércoles 24 de septiembre a las 2 pm.

COMPROMISOS ESTABLECIDOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento
1	Solicitar a sistemas del IETS la grabación, transcripción y lista de asistencia de la re-unión	Adriana Ardila	16/09/2025
2	Gestionar la reunión adicional de seguimiento	Adriana Ardila	16/09/2025

ASISTENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO O ROL - DEPENDEN-CIA	ASISTIÓ	FIRMA
Adriana Ardila	Líder del proyecto	Virtual	
Gina Cadena	Equipo técnico	Virtual	

Nathalie Ospina	Equipo técnico	Virtual	
Sara Romero	Equipo técnico	Virtual	
Carlos Andres Roncancio	Equipo técnico	Virtual	Sin firma
Paola Astrid Avellaneda Lozada	Equipo técnico	Virtual	Sin firma
Angelica Zapata	Equipo técnico	Virtual	
Isabel Cristina Burbano Ulchur	Equipo técnico	Virtual	Sin firma
Ana Milena Castro Roa	Equipo técnico	Virtual	Sin firma
Julio Cesar Vergel Garnica	Líder del proyecto	Virtual	Sin firma