

PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE UNA AGENDA REGIONAL PARA HOSPITALES EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Taller de expertos de hospitales y servicios de emergencia médica

Panamá, Panamá. 25-26 de junio de 2012

Este taller ha sido financiado por fondos aportados por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional.



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international



aecid



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Relatoría

Taller de Expertos de Hospitales y Servicios de Emergencia Médica.

Panamá 25-26 de junio



I.- Introducción y objetivos del encuentroⁱ

Los hospitales enfrentan importantes desafíos en el marco de sistemas de salud que a su vez están sometidos a grandes transformaciones y demandas. Atenta a esta realidad, la Organización Panamericana de la Salud ha venido desarrollando una serie de iniciativas que buscan colaborar en la definición de una agenda compartida para el cambio hospitalario en las Américas. El objetivo es que los hospitales se posicionen como actores que colaboran en el desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud basados en la Atención Primaria. El principio inspirador ha sido la convicción, compartida por expertos y gestores, en que no será posible construir redes integradas sin conceder un adecuado rol a los hospitales. Esta afirmación se ve complementada con una segunda afirmación: los hospitales optimizarán su aporte a la sociedad y serán sustentables, en la medida que funcionen vinculados a redes.

En efecto, el relanzamiento de la APS renovada durante la década pasada dio un fuerte impulso a reformas de salud basadas en la atención primaria que tuvieron su principal despliegue a raíz del informe de salud mundial del 2008 “Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca”. Por su parte, el surgimiento de la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) vino a dar un mayor empuje a una de las reformas claves de la estrategia de atención primaria, aquella que busca generar servicios de salud centrados en las personas venciendo la fragmentación del sistema. Sin embargo, colocar el eje en las redes y en la estrategia de atención primaria no es posible sin redefinir y contar con el hospital como un aliado en el proceso. La presente relatoría da cuenta del trabajo desarrollado durante el Taller de Expertos en Hospitales y Servicios de Emergencia Médica efectuado en ciudad de Panamá el 25 y 26 de junio de 2012. Dicho encuentro se realizó como parte de un programa de trabajo que ha elaborado informes técnicos, ha generado talleres nacionales de gerentes hospitalarios y ha apoyado la elaboración de un libro sobre el desafío de los hospitales.

De este modo, en la actividad se contó con los primeros informes generados en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública sobre tendencias de futuro en gestión hospitalaria, la relatoría de los talleres nacionales de gerentes de hospital, los informes de situación de los Servicios de Emergencia Médica para sur y Centroamérica y la participación de expertos de diferentes países. Los objetivos explícitos¹ de la reunión fueron:

¹ Aparecen señalados en el documento de convocatoria y en la presentación inicial del Dr. Holder.

- Validar la información recopilada sobre la situación, tendencias y desafíos de los hospitales.
- Determinar líneas estratégicas para la agenda regional de hospitales.
- Preparar recomendaciones y estrategias para el desarrollo de modelos de Servicios de Emergencia Médica (SEM).

II.- Programa y Desarrollo del evento.

El evento se programó en dos jornadas que se desarrollaron de acuerdo a lo convenido alternando presentaciones en plenario y talleres de trabajo. En adelante se hará un breve resumen de las distintas sesiones desarrolladas.

Primera Sesión

Una vez efectuada la inauguración protocolar con la participación de autoridades nacionales de Panamá, el representante a. i. de OPS en Panamá, Dr. Baudilio Jardines y el Dr. Reynaldo Holder, se dio paso a una primera sesión de trabajo con dos presentadores.

La primera presentación la realizó el Dr. Reynaldo Holder². Esta presentación entregó el marco general de la reunión y permitió generar una visión estratégica y de continuidad en el proceso de construir una agenda regional para los hospitales en las Américas. En un primer momento se recordó como la iniciativa entronca con el proceso de Renovación de la APS y la generación de Redes Integradas de Servicios de Salud. Posteriormente se reseñaron las acciones que se han desarrollado incluyendo los encuentros nacionales de gerentes de hospitales, la encuesta sobre la situación actual de los hospitales, la investigación sobre el hospital del futuro, la situación de los servicios de emergencia médica en Centroamérica y Sudamérica, todas las cuales fueron luego presentadas en detalle durante el desarrollo de la reunión como se reseña más adelante. En ese mismo marco se recordó la publicación del libro “RISS: El desafío de los hospitales”. Llamó especialmente la atención el amplio grupo de directivos que ha participado en las 21 reuniones nacionales realizadas en 14 países, lo que suman a la fecha más de 720 profesionales y gerentes. Se explicó que aun hay algunas reuniones por efectuar en los meses siguientes. Finalmente durante esta presentación, se insistió en la importancia de los expertos convocados para desarrollar un trabajo de validación de lo avanzado hasta la fecha y señalar el camino hacia la construcción de una propuesta que se someta a consulta regional.

² Se anexa presentación como anexo 1.

La segunda presentación la desarrolló el Dr. Juan José Mercader de la EASP y mostró en primer lugar los resultados de una revisión sistemática sobre evolución y tendencias futuras del hospital³ y luego los primeros resultados de un estudio en marcha sobre la situación de los hospitales en la región de las Américas⁴.

En la primera parte se expuso el resultado de una revisión bibliográfica sistemática, acordada por OPS y la EASP, elaborada el tercer trimestre del 2011 por la propia EASP con el apoyo de una consultora. La presentación se dividió en 4 bloques: metodología de la revisión bibliográfica, presiones actuales sobre la forma de organizar y gestionar servicios sanitarios, formas novedosas de organizar servicios y finalmente un resumen y conclusiones. La metodología describió los términos de búsqueda y las bases de datos utilizadas, los criterios de inclusión y exclusión y finalmente trabajó sobre 121 artículos. Es necesario consignar que la revisión fue solo en inglés y español y que no hay artículos que hayan cumplido los criterios que sean de América del Sur o Centroamérica.

Entre las presiones actuales sobre la organización de servicio se destacan tres fuentes principales: las nuevas tecnologías, los cambios en las preferencias de los usuarios y el incremento de costos. Estas presiones terminan reconfigurando la relación al **interior de los centros hospitalarios** y también la **relación entre hospitales y otros centros**. En función de estas dos influencias se organizan los hallazgos en innovación. En primer lugar se describen los ajustes en los centros en cuatro categorías: sustitución y racionalización de servicios, creación de híbridos, súper especialización en la búsqueda de la eficiencia y súper especialización en afrontar la complejidad. Luego se describe la manera cómo se reconfigura la relación entre centros y en el sistema, clasificando las experiencias de rearticulación del sistema en tres tipos: aquellas que se orientan a gestionar la enfermedad (disease management), aquellas que buscan conceder la dirección a la APS y aquellas que buscan dejar decidir más al paciente.

La presentación concluye anticipando una serie de cambios en el ordenamiento futuro de las prestaciones sanitarias que llevarán a transformar los modelos organizativos, funcionales y arquitectónicos donde es posible afirmar algunas tendencias pero no anticipar exactamente cual será el nuevo ordenamiento. A juicio de los autores, es de esperar todavía mucho ensayo y error. Sin embargo, las publicaciones confirman tendencias hacia la ambulatorización de la cirugía mayor, el menor costo y la mayor movilidad de la tecnología que influirá en la aparición de resolución especializada móvil ambulatoria que podrá estar o no en red, la conformación de espacios de complementariedad entre establecimientos de

³ Se inserta como anexo 2a) la presentación en PPT y 2b) el documento con el informe completo.

⁴ Se inserta como anexo 3

distinta densidad tecnológica, la definición de procesos interinstitucionales, la flexibilidad en la arquitectura de establecimientos, la aparición de mejores herramientas de informática clínica, y un variado subconjunto de experiencias que no terminan de madurar y que tienen la potencialidad de afectar el funcionamiento no sólo de los hospitales sino de todo el sistema.

En la segunda parte de la ponencia se hizo una presentación del avance a la fecha de un estudio en curso sobre la situación actual de los hospitales en Latinoamérica. La idea inicial era aplicar una encuesta a autoridades de los ministerios de salud de 10 países de la región mediante entrevistas presenciales, una encuesta para responder en línea y el llenado de un formulario en Excel que pretendía recoger información sobre los hospitales públicos y privados en cada país. Adicionalmente, se realizó otra encuesta destinada a recoger las opiniones y recomendaciones de gerentes de hospitales en países de la región. Las entrevistas a las autoridades fueron completadas exitosamente, sin embargo, el nivel de respuesta a las encuestas de los gerentes no ha sido igualmente exitoso (A la fecha se tiene una tasa de respuesta de un 29% de las 359 encuestas enviadas) y el llenado de la información sobre los hospitales ha resultado algo difícil para algunos de los países. A partir de la información disponible en este momento se hace este primer informe provisional. La encuesta explora la posición de los directivos en función de afirmaciones estructuradas a partir de los 4 ámbitos de abordaje que se contemplan en el documento de RISS. Después de pasar revista a las principales afirmaciones de los directivos extraídas de la encuesta en forma preliminar, la presentación termina señalando 10 recomendaciones que se sometieron a la consideración de los participantes en la jornada:

- “Son necesarias unas mayores asignaciones presupuestarias que permitan alcanzar un porcentaje de PIB compatible con la existencia de un sistema único, universal, gratuito, equitativo, solidario y suficiente.
- Identificación de aquellos niveles de la administración sanitaria que puedan permanecer al margen de las continuas remociones de carácter político partidista con el objetivo de propiciar su capacitación y formación.
- Identificación de directivos de hospital y de APS, así como de líderes profesionales identificados con lo público, sean o no jefes de servicio.
- Incorporación de la enfermería a todo tipo de iniciativas: añadiría un extraordinario valor y propiciaría la traslación a los cuidados del paciente de las medidas de mejora que puedan llevarse a cabo.
- La implantación de un sistema de fijación de objetivos compartidos tanto entre el MINSA y la Seguridad Social allá donde conviven, así como entre ambos niveles asistenciales y en cada uno de los servicios o unidades.

- La rendición de cuentas, la revisión de los acuerdos suscritos y la adopción de medidas correctoras y de compensación, contribuiría a poner unos sólidos pilares para el trabajo en RISS.
- Definir las competencias, conocimientos y habilidades que deben poseer los jefes de servicio o responsables de unidades, tanto médicos como enfermeras, así como el establecimiento de métodos de selección, evaluación y remoción.
- Se precisa definir las actuaciones encaminadas a recuperar el papel de la APS como puerta de entrada al sistema.
- El sistema de referencia y contrarreferencia de carácter administrativo es un buen punto de partida para el diseño y la implantación de un sistema de información compartido. Facilitaría la reordenación en clave de redes asistenciales
- El establecimiento de foros directivos y de foros profesionales entre ambos subsistemas y niveles para el abordaje de problemas comunes, el establecimiento de acuerdos o el consenso de protocolos o guías de actuación clínico u organizativo pueden facilitar los cambios culturales imprescindibles para avanzar hacia las redes”.

Segunda sesión

En la segunda sesión de la mañana se hicieron dos presentaciones y un plenario.

En la primera ponencia el Dr. Germán González presentó la situación de los SEM en Sudamérica⁵ y en la segunda el Dr. Luis Bernardo Villalobos presentó la situación de los SEM en Centroamérica⁶.

La presentación del Dr. González relató el trabajo preparatorio realizado que partió de la elaboración de una herramienta sobre los servicios de emergencia médica que consta de una parte cuantitativa y otra cualitativa y una metodología de trabajo en grupos focales con expertos en el tema. La presentación comenzó señalando un acuerdo sobre las seis funciones de los servicios de emergencia médica: preservar la vida, recuperar la salud, mejorar la calidad de vida, enfrentar el dolor, procurar el reintegro a la sociedad y acoger la familia y la red social. Continuó con consideraciones sobre la situación actual donde destaca la saturación que hoy enfrentan los servicios de urgencia médica hospitalarios y el cambio en los patrones de riesgo y consulta que enfrentan las poblaciones. Se recordaron elementos clásicos como la importancia de la atención temprana para

⁵ Se inserta como anexo 4

⁶ Se inserta como anexo 5

enfrentar la mortalidad en trauma y también en otras afecciones como AVE e infarto que son frecuentes en el nuevo cuadro epidemiológico. Finalmente se expusieron resultados del trabajo con los expertos señalándose los siguientes aspectos generales a ser considerados en la organización de los SEM:

- “Desfase entre la legislación y la implementación.
- La construcción de verdaderas redes.
- Las Redes de Servicio de Salud y la saturación de los servicios de urgencia.
- La atención pre-hospitalaria y el modelo.
- La atención hospitalaria y el modelo.
- El desarrollo de los SEM acorde con la urbanización o ruralidad.
- Debe promoverse la planeación y asignación de la financiación en sus diferentes componentes (público y privado)”.

Adicionalmente se señalaron algunos elementos específicos a tener en cuenta: la construcción, validación y adopción de guías de atención en los diferentes componentes de los SEM; desarrollar enfrentamientos para problemas específicos de morbilidad (EPOC, eventos de tránsito, etc.); conformar una propuesta de los centros reguladores de región e institucionales.

Finalmente se recordó la importancia de una política específica para los recursos humanos y para la gestión de información. La presentación culminó abogando por una estrategia general que considere el fortalecimiento de los SEM y de su rol en el marco de RISS.

La presentación del Dr. Villalobos resumió los principales hallazgos en lo relativo al manejo de epidemias, la situación del recurso humano, la situación del equipamiento y el funcionamiento de la atención prehospitalaria y las urgencias hospitalarias, destacando una visión crítica sobre la situación actual.

Entre las consideraciones presentadas se encuentra que los países comparten perfiles epidemiológicos y demográficos similares, así como inequidad al interior del territorio, pese a su diverso nivel de desarrollo. Se destaca que la APH es uno de los elementos más débiles del sistema con organización incipiente, mientras que la atención hospitalaria está organizada con enfoque centralista e importantes inequidades territoriales. A ello se agrega una alta demanda por atenciones no urgentes.

La presentación concluyó con las siguientes recomendaciones:

- “Mejorar información: Crear Observatorio Nacional para el Manejo Integral de las Emergencias Médicas.

- Fortalecer el papel de la rectoría de la salud.
- Ampliar discusión sobre la función de las universidades.
- Revisión a profundidad sobre el tema de la inequidad y la capacidad resolutive (perspectiva de derechos)".

Al finalizar las presentaciones se realizó una discusión en plenario donde entre otras intervenciones se señaló lo siguiente:

- Que la actual propuesta de RISS tiene elementos comunes con iniciativas regionales previas de fortalecimiento de los sistemas y en ese sentido puede ser no tan innovadora, pero tiene un mayor enfoque estratégico.
- Que la urgencia debe concebirse en Redes y que no tiene sentido pelear por modelos. Lo que importaría sería construir apoyo, ser persistentes y graduales.
- Que debe incorporarse la rendición de cuentas.
- Que debe incluirse una mirada y una propuesta de integración de lo privado.
- Que debe darse mas espacio al rol de la enfermería y al enfoque de gestión de cuidados.
- Que es necesario considerar que en el marco de patologías crónicas el sistema será mas caro y su sustentabilidad más compleja.
- Que se requiere más involucramiento de la academia en estas materias.
- Que el RRHH es hoy un problema crítico e ineludible y que los funcionarios no suelen ser contratados por "la red" sino que están adscritos a un establecimiento concreto, lo que afecta su disponibilidad a actuar coordinadamente con otros establecimientos.

Talleres

En la tarde del primer día de trabajo se desarrollaron dos talleres en forma paralela.

El **primero sobre Hospitales** se abocó a identificar los principales desafíos de los hospitales a juicio de los expertos convocados. Para ello se pidió a cada uno que identificara una prioridad para cada ámbito de abordaje del documento de RISS. Esto dio lugar a una extensa lista de propuestas que fueron discutidas en busca de identificar aquellas que constituían los ejes y prioridades centrales en el desafío de la transformación hospitalaria en RISS. El debate fue extenso e intenso y en ningún caso puede darse por agotado. Sin perjuicio de ello es posible señalar algunos temas que fueron más relevantes que otros en cada uno de los ámbitos.

En el ámbito del modelo de atención apareció con mayor fuerza la importancia del fortalecimiento del primer nivel de atención. En lo relativo a la gobernanza se destaca la necesidad de una base legal que haga posible las RISS y la necesidad de gobiernos corporativos. En organización y gestión se destacó el desafío en desarrollo del recurso humano y la necesidad de completar el apoyo de las TICs tanto en lo que se refiere a su adecuada incorporación como a usar todo su potencial en aquellos lugares donde se subutiliza. En lo relativo a financiamiento e incentivos se postuló la necesidad de contar con financiamiento agregado para las RISS (que puede ser per cápita) en volúmenes que permitan hacerse responsables por la población asignada. Del mismo modo, se abogó por mecanismos de asignación de recursos que incorporen mecanismos que favorezcan la cooperación al interior de las redes.

Durante la discusión sobre el modelo se señalaron varios limitantes al desarrollo efectivo de las redes entre las cuales se cuentan la baja conciencia de la importancia de la coordinación y el interés de algunos actores por impedir las mejorías en el funcionamiento de las redes públicas. Se señalaron las dificultades en aspectos tan básicos como la identificación de la población y territorio. También se afirmó que en muchas redes se da la paradoja que conviven la escasez y el despilfarro. Todo lo anterior abre espacios de trabajo que en algunos casos son muy complejos.

La discusión sobre gobernanza destacó que esta es muy débil, del mismo modo los expertos hicieron énfasis en la debilidad de la rectoría. En un tono más positivo se señaló que el modelo y su gobernanza están en plena construcción y que es importante no considerar a los hospitales como los “malos de la película”. En este mismo sentido se señaló que al momento de construir la gobernanza debe haber un equilibrio entre primer nivel y hospitales, para ello un factor clave sería el liderazgo. En esta primera sesión no se alcanzó a debatir sobre los otros dos ámbitos.

En el plenario el relator del grupo resumió el trabajo señalando los aspectos pendientes principales de cada uno de los ámbitos a partir de lo escrito y priorizado en el ejercicio inicial.

Modelo: ausencia de redes completas; dificultades en la definición de población/territorio y modulación de oferta; persistencia de modelo público privado tradicional que no sirve; ausencia de gestión del cambio; rectoría débil y débil primer nivel.

Gestión: se insistió en lo clave que resulta y lo mucho que falta una sólida política de recursos humanos, que incluya la modulación de la formación. Se insistió en

las potencialidades aun no desarrolladas en el ámbito de las TICs y en los desafíos pendientes en integración clínica y de cuidados.

Asignación: se constató que prevalece el presupuesto tradicional, generalmente con déficits crónicos en inversión y sin incentivos para la construcción de redes.

Gobernanza: se señalaron los vacíos a nivel global, a nivel de red y al interior de los propios hospitales señalando una muy frecuente falta de capacidad y liderazgo. A ello se agrega una escasa rendición de cuentas y control social. Otro factor ausente es la entrega de voz a los ciudadanos.

El **segundo grupo reunió a los expertos en Servicios de Emergencia Médicos**⁷. El debate se produjo en primer lugar en torno a la definición de un modelo de SEM para América Latina. En general las posturas fueron contrarias a intentar una propuesta de modelo único, proponiendo más bien adecuaciones a la realidad de cada territorio considerando las diferencias urbano-rurales, las diferencias demográficas y epidemiológicas y los distintos ordenamientos territoriales político-administrativos. Se planteó la importancia de la sostenibilidad, de la existencia de protocolos compartidos, de la existencia de centros reguladores y distintos establecimientos en red y la necesidad de considerar el rol fundamental del primer nivel. Se compartió la impresión que los recursos humanos son hoy un punto débil de los SEM y que existe mucha dispersión en la calidad de la información, lo que impide hacer comparaciones.

Los expertos también compartieron criterios sobre algunos elementos de contexto que dificultan el desarrollo de una política de SEM: la enorme inequidad en los países, la debilidad de la rectoría sectorial, la desvinculación del mundo universitario con las necesidades del sector prestador y la débil vinculación de los SEM con otros sectores sociales y con la comunidad.

Del mismo modo se produjo una importante discusión sobre los elementos de las RISS que al no estar maduros, afectan el desarrollo de los SEM. En particular se mencionó la importancia de definir un espacio de población-territorio, mecanismos de contratación que consideren la lógica de red y mecanismos de planificación de las RISS que consideren las particularidades de los servicios de emergencia.

Surgieron también otras propuestas en lo relativo a la importancia de la educación de la población y la orientación que hace el sistema para que la consulta se realice en el lugar más adecuado; sobre la gestión de la demanda y la selección de pacientes; sobre el rol que se le puede dar a los municipios o a instituciones del tercer sector.

⁷ Se elabora en base a transcripción de intervenciones que se adjunta como anexo 6.

En temas vinculados a la Rectoría se señaló la debilidad de los mecanismos de habilitación, acreditación y certificación; el desfase entre la promulgación de normas y su implementación y la debilidad de los arreglos funcionales entre instituciones.

Finalmente hubo menciones críticas sobre la manera como las emergencias hospitalarias están invisibilizadas al interior de los mismos hospitales y como el hospital concibe la unidad de emergencia hospitalaria como algo distinto y separado de la red de emergencia.

La discusión se mantuvo abierta para la sesión del segundo día donde se avanzó en conclusiones y propuestas como se señala más adelante.

Segundo día

En la sesión plenaria del segundo día se presentaron tres ponencias:

La primera del Dr. Osvaldo Artaza dio cuenta del proceso de consultas nacionales a través de reuniones de gerentes desarrollado durante 2012 en catorce países⁸ de habla hispana de la región. En un primer momento el Dr. Artaza destacó el dinamismo detectado en los gerentes de hospitales y lo mucho que se implicaron en el debate.

En lo relativo a los contenidos es bastante amplio el consenso en torno a la propuesta de RISS. Sin embargo, junto con encontrarla válida y necesaria, se explicita la dificultad de su implementación dadas las numerosas resistencias, la debilidad de las instituciones rectoras, la ausencia de capacidades para el trabajo en red, la falta de regulación en la formación universitaria y la existencia de una fuerte cultura centrada en una visión tradicional del hospital.

Junto con reafirmar la importancia de la propuesta de RISS, se habría producido consenso en torno a dos afirmaciones fundamentales: no son posibles las RISS sin hospitales y del mismo modo no es posible un hospital del futuro sin RISS. Los gerentes hospitalarios fueron explícitos en demandar más espacios de co-construcción desde abajo hacia arriba en el proceso de transformación hospitalaria y construcción de RISS. En algunos casos siguió planteándose con fuerza el rol de liderazgo que le cabe al hospital, lo que aparece como una tensión.

En general existe una visión bastante compartida sobre algunos de los elementos que tensionan y caracterizan hoy a los hospitales destacándose los siguientes:

⁸ Se adjunta ppt como anexo 8a) e informe de relatoría como anexo 8b).

- El hospital es un poderoso símbolo social.
- El hospital no trabaja en red y replica en su interior la fragmentación de nuestros sistemas.
- Es la estructura sanitaria que consume la mayor proporción de recursos presupuestarios.
- Es el principal espacio formador del recurso humano de salud especializado.
- Tiene confundidos roles de primer, segundo y tercer nivel de atención; ello se traduce en que asume acciones que no son costo efectivas, duplica esfuerzos, no busca economías de escala, ni genera alianzas.
- Se auto percibe sobre demandado, “*colapsado*”, solitario y en la cima del sistema sanitario, no siendo debidamente financiado ni reconocido por la sociedad.
- No hay un solo tipo de hospital. La diversidad corresponde más a la historia, las presiones de las comunidades y a los lobbies.
- Los hospitales no tienen hoy una gerencia suficientemente profesionalizada y sus equipos directivos no logran consolidarse.
- Un factor crítico es la alta influencia de la política partidista en la gestión hospitalaria.

A partir del diagnóstico sobre la situación actual y recogiendo lo señalado en el libro “RISS: El Desafío de los Hospitales” se plantearon 4 líneas estratégicas que deben considerarse principalmente para la transformación hospitalaria en el marco de las RISS: **Gobernanza, Asignación, Tecnologías y Personas**. Posteriormente se planteó una visión de lo que se considera el estado esperado de un hospital en RISS haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- Los hospitales serán organizaciones dinámicas flexibles y adaptativas, centradas en las personas, que trabajarán coordinada y colaborativamente con otros, que basarán su gestión en procesos integrados, eficientes, efectivos y de calidad, los cuales estarán en constante evaluación y mejora.
- El hospital contará con la infraestructura y tecnología apropiada para cumplir el rol que la red le asigna.
- Tendrán trabajadoras/es de la salud suficientes y competentes, que trabajan en equipo con visión de sistema, que se sienten útiles, escuchados, reconocidos, aprendiendo constantemente y justamente recompensadas/os. Que son financieramente sostenibles y reciben incentivos por trabajar en red. Están dispuestos al cambio para el mejoramiento continuo.

- Los hospitales en RISS contarán con espacios reales para la participación de sus trabajadores y usuarios.
- Rendirán cuenta pública sobre sus resultados sanitarios, productivos y financieros.
- Serán transparentes en su gestión, cuidadosos en la seguridad de sus usuarios y respetuosos del medio ambiente.
- Serán organizaciones, con capacidades de autogestión, con equipos de gerencia estables (carrera gerencial), amplios y multiprofesionales capaces de apoyar que las decisiones se tomen descentralizadamente en los propios equipos clínicos en forma alineada con las necesidades de las personas usuarias y los requerimientos de la red.

La presentación concluyó señalando la importancia de un nuevo pacto del hospital con la sociedad, con sus propios trabajadores y haciendo énfasis en el imperativo ético de tejer redes humanas en torno a la salud.

La segunda presentación la realizó el Dr. Paulo Tarso⁹, quien en una primera parte recordó el contexto del SUS brasileño, los problemas emergentes y el enfrentamiento mediante los equipos de salud familiar y la generación de redes de salud. A continuación describió extensamente los componentes de la red de atención de las urgencias en salud en el Brasil. Los principales componentes de la misma serían: dispositivos y programas de prevención, promoción y vigilancia; salas de observación y salas de estabilización en establecimientos ambulatorios; fuerza nacional de salud; servicio de atención móvil; unidades de pronto atendimento, componente hospitalario y atención domiciliaria.

En el componente hospitalario de las redes de urgencia se consideran las unidades de emergencia de los hospitales, pero también las camas de cuidados intensivos, las camas de “retaguardia” o larga estancia y las líneas de “cuidado prioritarias”. En lo relativo a las líneas de cuidado prioritarias se señaló que estas son hoy por hoy la línea de trauma, la línea de atención en cardiología-Infarto al miocardio y la línea de atención en neurología-neurocirugía. Se describió en detalle las particularidades de cada una de estas iniciativas.

La presentación demostró que existe una política de desarrollo que contempla proyecciones de inversión e incremento presupuestario para los próximos 6 años.

Se identifican además desafíos importantes para constituir una red de emergencia efectiva. Entre estos se cuentan la necesidad de articulación entre los gestores, la necesidad de cooperación inter-regional, el rol insustituible del Estado como actor estratégico que debe dar apoyo técnico, organizativo y regulador, la importancia

⁹ Se adjunta como anexo 9

que la regulación sea efectiva, la formación de personal calificado, la necesidad que el primer nivel de atención asuma su rol de coordinadora del cuidado en las redes y la necesidad de mejoría de la comunicación en el sistema.

La presentación concluyó mencionando los desafíos generales del contexto que enfrenta el SUS brasileño y la necesidad de una segunda ola de reformas pro-SUS que permita acceso y calidad a los usuarios.

En la tercera presentación¹⁰ de la mañana los profesionales de HSS Dr. Mario Cruz y Soledad Urrutia, presentaron la plataforma colaborativa mediante la cual se desarrollarán los foros de debate virtual en los próximos meses. En dicha presentación se informó en un primer momento sobre el pronto lanzamiento de una red colaborativa en APS, señalando que mediante esta iniciativa se espera contribuir a la validación social y política de la estrategia de APS como eje fundamental para el desarrollo de los sistemas de salud en la región de las Américas. Otros de los objetivos específicos serían:

- Fortalecer la APS como eje de cooperación técnica e integración de proyectos y temáticas dentro de la organización y en los países..
- Apoyar la formación continuada y el desarrollo de competencias de los recursos humanos en APS.
- Diseminar los procesos de trabajo más efectivos en APS.
- Reconocer públicamente la labor de los profesionales de la APS.
- Estimular la capacitación de gerentes y gestores de APS.
- Construir puentes entre los distintos actores de APS en la Región.
- Compartir conocimiento existente en este ámbito.

En la oportunidad se señaló que esta colaboración contará con un portal de internet en torno al cual girarán un banco de buenas prácticas y experiencias innovadoras, un centro de recursos y enlaces, una mediateca, un espacio para documentos colaborativos, el campus virtual y encuestas online. Adicionalmente se espera contar con seminarios sobre APS, mentorías virtuales, blogs y la constitución de redes sociales de APS. En la oportunidad se recordó además el sólido respaldo teórico y conceptual expresado en documentos oficiales, así como las resoluciones que acompañan la iniciativa. Se mencionó también la importante red de socios de la iniciativa.

Los expositores señalaron que en el marco de esta plataforma colaborativa se espera generar la comunidad de práctica sobre hospitales en RISS. Para ello se explicó en detalle los mecanismos de funcionamiento de la plataforma, la manera

¹⁰ Se adjuntan dos presentaciones como anexo 10 a y 10 b

de crear perfiles y de integrarse a redes temáticas en un futuro próximo. Todos los participantes en el taller quedaron invitados a sumarse a la red colaborativa apenas sean invitados por los coordinadores de la iniciativa.

Talleres del segundo día

Nuevamente se sesionó en los mismos dos grupos de trabajo del día anterior.

En el primer grupo (hospitales) se trabajó en una primera parte continuando con el análisis de los ámbitos de abordaje y la opinión de los expertos sobre estas materias. Luego se dirigió el debate hacia la identificación de líneas estratégicas para la formulación de una propuesta para la consulta regional.

En el ámbito de la organización y gestión se discutieron aspectos de la gestión integrada, de los recursos humanos, de los sistemas de información y sobre la gestión de resultados. Respecto a la gestión integrada se planteó la persistencia de la fragmentación y se hizo alusión a los mecanismos de referencia y contrareferencia como uno de los pocos aspectos con algún nivel de implementación sólida. No se mencionaron otros mecanismos de integración como los procesos asistenciales integrados o los mecanismos para compartir profesionales. Se señaló la falta de racionalidad en el uso de recursos especialmente medicamentos, insumos y procedimientos. Se mencionó la persistencia de una brecha entre la cultura hospitalaria y la atención primaria. En recursos humanos se insistió en la falta de planificación, en la existencia de numerosos problemas de motivación e incluso burnout, en la perversidad de algunos incentivos monetarios, en la ausencia de especialidades médicas prioritarias y en la persistencia de una formación desenfocada y no pertinente. Se mencionó también la importancia de definir las nuevas competencias y puestos de trabajo para un funcionamiento en red. Respecto a los sistemas de información se constató que hay todavía una gran dispersión de iniciativas, con un uso poco racional y con mucha debilidad en el aporte respecto a sus potencialidades. Hoy sigue siendo más una promesa que una realidad en la mayoría de los hospitales. Finalmente se recordó la importancia de la gestión de los resultados, desarrollando rendición de cuentas y evaluaciones del desempeño. Dichas evaluaciones deben considerar integralmente aspectos sanitarios, administrativos y económico-financieros.

En el ámbito de las finanzas y los incentivos siguen las preguntas abiertas. Se constatan las insuficiencias de los modelos actuales y tradicionales de financiamiento que se mantienen para los hospitales. Dichos mecanismos basados en presupuestos históricos, suelen acrecentar la inequidad y la

fragmentación, así como ser crónicamente deficitarios. Se recordó que no existen mecanismos financieros perfectos, que todos tienen sus efectos deseados e indeseados y que lo razonable sería explorar mecanismos mixtos que respondan a la realidad de cada RISS y sus tipos de establecimiento. Se plantearon dudas sobre los mecanismos de capitación que se han propuesto. Se señaló que los efectos de cambios en el financiamiento no siempre se pueden anticipar y no necesariamente serán sólo positivos, por lo que los cambios deben ser permanentemente acompañados y monitoreados. Esto ocurre también en los casos de incentivos implementados para los profesionales, cuyos efectos han sido poco estudiados y son controvertidos. Si bien hay una mirada expectante sobre las potencialidades en el uso de incentivos, existen numerosas críticas a las experiencias actuales y se constata poca evidencia de sus efectos reales.

En el marco de la discusión también se plantearon otros temas que aquí se consignan:

- Se dejaron formuladas consultas sobre los sistemas de acreditación de establecimientos y sobre los mecanismos para acreditar una red en el futuro.
- Se planteó la importancia de tener cuidado con posturas corporativas de los médicos y de acoger el aporte de la gestión de cuidados de enfermería.
- Se señaló la necesidad de promover el uso racional de medicamentos y generar políticas que abarquen los países. También se señaló la relevancia de repensar la arquitectura y las inversiones en el sector salud.
- Se plantearon inquietudes sobre el financiamiento global de los sistemas en los países y las dificultades de sostenibilidad; sobre la gestión de la rotación del personal; sobre las presiones políticas en la definición de inversiones; sobre las dificultades en la concreción operativa de los atributos de las RISS, entre otras materias.

En la segunda parte del trabajo de taller, el grupo de hospitales se abocó a identificar las líneas estratégicas para la agenda regional de hospitales. Se hace una reseña de lo acordado.

En primer lugar se debe definir que es el “core” de los hospitales en RISS. Se debe definir que es aquello que no se puede “desfragmentar” y que está constituido por “aquellas cosas que no se puede hacer en otro lugar” dentro de la red. Considera por tanto una redefinición del concepto de hospital.

Luego es necesario enfrentar 5 grandes desafíos: gobernanza, financiamiento, modelo de atención, tecnologías y recursos humanos. Los contenidos se exponen en más detalle en las conclusiones de la actual relatoría.

Finalmente es necesario hacer recomendaciones para la gestión del cambio y agrupar experiencias y evidencias que apoyen el proceso.

En el segundo grupo se trabajó sobre el desarrollo de los servicios de emergencia médica en el marco de RISS y se definieron aproximaciones en el modelo asistencial, la gobernanza y el financiamiento.

En lo relativo a Modelo Asistencial se propuso:

- Desarrollar los SEM en la perspectiva de las RISS para responder a una población y territorio definido, fortaleciendo la Atención PreHospitalaria, el 1er nivel de atención y la atención especializada, con mecanismos de coordinación que impulsen la equidad en la atención oportuna y de calidad.
- Potenciar la continuidad de la atención del SEM en cada uno de los niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive en la perspectiva de la RISS mediante coordinación y cooperación con los múltiples actores, equipos interdisciplinarios, entornos del territorio y población.
- Promover la integración de todos los actores (directos e indirectos) que participan en el SEM en función del desarrollo de la RISS.
- Impulsar los diferentes componentes del SEM
- Promover el análisis del contexto del SEM que permita visualizar la emergencia médica como un reflejo de la problemática estructural del sistema social y sanitario de cada país
- Promover mecanismos de coordinación asistencial en los servicios de salud para la atención de asistencia urgente: línea telefónica única, CRUE, modalidad de triage por niveles de complejidad armonizando criterios de clasificación.
- Evaluación del desempeño del SEM en perspectiva de la RISS.
- Incluir el sector académico en la formación de los RRHH y la investigación como estrategia para planeación, implementación y evaluación de los SEM en las RISS

En lo relativo a Gobernanza se propuso:

- Promover un sistema de gobernanza único por parte de las autoridades sanitarias, reforzando su liderazgo
- Fortalecimiento de la Rectoría como garantía del sistema (dimensión política) con énfasis en la regulación con un enfoque de derecho.

En el aspecto de Financiamiento se propuso:

- Diseñar y aplicar políticas que garanticen el financiamiento de modo tal que se logre la accesibilidad, la oportunidad y el desarrollo de intervenciones de la complejidad adecuada para cada usuario.
- Desarrollar incentivos para el funcionamiento propio de la RISS (evaluación de costos y presupuesto definido)
- Promover la creación de alianzas interinstitucionales para la optimización de recursos.
- Promover marcos legales que garanticen la atención médica de urgencias sin ningún tipo de barreras.

Plenario Final

En el plenario final se dio cuenta del trabajo de los talleres y el Dr. Reynaldo Holder realizó una presentación¹¹ donde destacó los avances en generación de evidencia y en el debate regional que se ha producido. Se describió con mayor detalle los pasos a seguir donde se destacan la creación de una fuerza de tarea, el desarrollo de una reunión en el caribe no hispano, la generación de un documento de consulta a ser validado en un segundo encuentro de expertos en noviembre y el inicio de la consulta regional con un documento definitivo durante el mes de enero de 2013. El Dr. Holder destacó que la idea de enfrentar el desafío de los hospitales en RISS ya “tomó vuelo”, comprometiéndolo a los presentes a seguir trabajando en torno a estas iniciativas en los próximos meses.

¹¹ Se adjunta como anexo 11.

III.- Conclusiones del evento

El taller de expertos se desarrolló de acuerdo a lo planificado por la organización y permite orientar el desarrollo de los próximos pasos según lo señalado al cierre del evento.

En lo relativo a la agenda de hospitales en RISS es posible constatar la existencia de importantes insumos: 1) las conclusiones del trabajo del grupo de expertos en Panamá, 2) el estudio sobre tendencias de futuro en los hospitales de la EASP, 3) el libro “RISS: El desafío de los hospitales”, 4) la relatoría sobre los talleres nacionales de gerentes hospitalarios y 5) el análisis preliminar de la encuesta en desarrollo sobre la situación actual de los hospitales. Todo lo anterior, constituye una base sustancial para emprender la redacción de un documento que permita iniciar el 2013 una consulta regional sobre la materia.

De las recomendaciones del taller se desprende que en primer lugar es necesario definir que es el “core” de los hospitales en RISS. En otras palabras, es urgente redefinir el concepto de hospital en la nueva realidad de RISS y considerar el impacto producido por la generación de nuevos arreglos y dispositivos sanitarios con apoyo de las nuevas tecnologías. Este “core” debe considerar aquellas cosas que son propias de un hospital y a la vez recoger el hecho que los hospitales pueden ser muy heterogéneos entre sí. Otro elemento que el documento no puede eludir es que el “hospitalocentrismo” ha sido expresamente señalado como una de las macrotendencias que atentan contra el desarrollo de buenos sistemas de salud¹². Ello ha llevado a muchos de los actores hospitalarios a ponerse a la defensiva y proclamar que no son los “malos de la película”. Cualquier nueva definición debe dar cuenta de un rol que es positivo y colocar al hospital como parte esencial de una buena RISS y no como una amenaza.

Luego es necesario enfrentar 5 grandes desafíos: Gobernanza, Financiamiento, Modelo de Atención, Tecnologías y Recursos Humanos¹³.

En lo relativo a **Gobernanza** se plantearon diversas soluciones y experiencias que apuntan todas a garantizar que los “mandantes” tengan injerencia en las decisiones estratégicas que se toman en el hospital y que a la vez permitan un amplio espacio para la gestión de los directivos hospitalarios. En este marco se mencionaron experiencias de creación de juntas directivas, consejos locales y ciudadanos, consejos de gestión y patronatos, compromisos de gestión y contratos programa, acuerdos de mediano y largo alcance, entre otros ordenamientos. Un segundo aspecto que fue materia de propuestas se relaciona

¹² ver Informe de salud mundial 2008 en su capítulo 1.

¹³ Se resume a partir de la matriz final del grupo de hospitales.

con la formación del liderazgo para la buena gobernanza, mencionándose la necesidad de mejorar la formación de pre y postgrado, el conocimiento de la realidad por parte de los gestores, la importancia del “gobierno clínico” y el adecuado manejo de herramientas de gestión del cambio. En el marco de un liderazgo moderno, se espera la implantación de mecanismos de participación y control social. Un tercer tipo de propuestas se enfocaron más bien a la gobernanza de la red buscando que cumpla un rol de planificador estratégico y que alinee los objetivos de cada uno de los miembros. Finalmente se dejó planteado el rol que le va a caber a los procesos de acreditación y la necesidad de establecer ordenamientos de mayor rango jurídico que den forma a la red.

En **Financiamiento** los expertos coinciden en que la lógica de financiamiento es tradicional, basado muchas veces en presupuestos históricos. Dicho aporte no está alineado al desempeño, ni a los resultados, ni estimula el trabajo cooperativo en red. Existe una falta de control de costes y se constata Inequidad en la asignación de recursos. Por otra parte falta una cultura de incentivos vinculados al desempeño y por otra parte, algunas experiencias parecen demostrar que se han producido incentivos perversos.

Los expertos coinciden en que se busca explorar mecanismos y modalidades de financiamiento que permitan la asignación de recursos en el marco de la red, modelos de capitación ajustados, o asignación prospectiva y basada en resultados. Se considera que es necesario explorar mecanismos de pago dinámicos, que se adecúen en el tiempo de acuerdo a objetivos. Respecto a los sistemas de incentivo se busca la instauración de programas de incentivos mixtos (más grupales que individuales, más en especie que económicos), que evolucionen en el tiempo de acuerdo a objetivos de la red.

Con respecto al **Modelo de Atención** se hizo especial mención a la necesidad de contar con procesos asistenciales integrados. Para ello se señaló la necesidad de tener un primer nivel resolutivo que permita dar una solución más costo- efectiva al conjunto de la red. En el abordaje de esta línea estratégica se propuso generar espacios para el análisis de la situación de salud en forma conjunta por los miembros de la red. Se busca que en estos espacios se definan objetivos sanitarios comunes, se acuerden prioridades y se desplieguen estrategias conjuntas. Del mismo modo se propuso reordenar los servicios en el marco de la red. Junto a la redefinición del rol del hospital deben redefinirse los roles de los demás miembros de la red y reorganizar la oferta de servicios. También se hizo mención a modalidades innovadoras de atención como en el caso de las enfermedades crónicas, que permiten un abordaje en red con mayor continuidad y calidad.

En lo relativo a las **Tecnologías** las conclusiones del taller apuntaron fundamentalmente a aspectos vinculados a las tecnologías de información en salud. Se planteó que hoy por hoy las TICs están subutilizadas existiendo además duplicidad y falta de racionalidad. Se abogó por sistemas únicos en red que contemplen el manejo de la información clínica y que sirvan para implantar los sistemas de referencia y contra referencia y las guías de práctica clínica. Del mismo modo, se les atribuye un rol esencial en el conocimiento de la población y la definición de prioridades a partir de su caracterización.

Hubo mucho menos mención a un segundo aspecto clave que tiene que ver con el impacto de las tecnologías en fenómenos como la ambulatorización, la resolutivez móvil, el ejercicio profesional a distancia, el cambio arquitectónico y la costo-efectividad de las innovaciones. Todo lo cual merece un mayor desarrollo.

La quinta línea estratégica es el enfrentamiento del desafío de los **Recursos Humanos**. En este ámbito surgieron varias líneas de propuestas. La primera de ellas apunta al rediseño en la formación del recurso humano desde el pregrado, alineando las carreras con los cambios que experimenta el sector salud y la necesidad de más trabajo en equipo e interdisciplinariedad. Se propone que surjan nuevos puestos de trabajo vinculados a la gestión de redes y la coordinación asistencial y que se aumenten las competencias en negociación, resolución de problemas y destrezas de gestión del cambio. Del mismo modo, se enfatiza la necesidad de formación de especialistas y en su mejor distribución territorial. Un segundo ámbito tienen que ver con las políticas de contratación y retención del recurso humano donde se da un especial valor a la formación continua, la carrera sanitaria y la existencia de incentivos. También se propone que el personal sea funcionario de la red y no de un establecimiento. Se le da especial importancia a definir puestos de trabajo polifuncionales y basados en competencias. Un tercer tipo de propuestas apuntan a los valores que deben animar a las personas que trabajan en red, con más preocupación por los derechos del paciente y la humanización de la atención. Un cuarto aspecto mencionado fue la necesidad de mantener observatorios de recursos humanos.

Finalmente es necesario hacer recomendaciones para la gestión del cambio que consideren los diversos estadios de desarrollo de los hospitales y del propio proceso de RISS y agrupar experiencias y evidencias que apoyen las transformaciones sugeridas. En lo relativo a esto último, las iniciativas están en pleno desarrollo y será conveniente tener algún mecanismo que permita ir asimilando y difundiendo en forma más dinámica este fenómeno para lo cual las plataformas cooperativas y comunidades de aprendizaje en internet aparecen

como una buena opción. Un último aspecto que queda abierto para el debate que se avecina es la incorporación del sector privado al análisis. Los mecanismos de cooperación público privados se están manejando sin un debate abierto y a la hora de hablar de la atención hospitalaria son insoslayables en la realidad latinoamericana. En que medida los establecimientos hospitalarios privados pueden aportar en una lógica de RISS es una pregunta que no tiene una respuesta clara hoy por hoy.

ⁱ Documento elaborado por Dr. Ricardo Fábrega y revisado por Dr. Reynaldo Holder. Agosto de 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
 SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS
 PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD

CONSTRUYENDO UNA AGENDA REGIONAL DE HOSPITALES EN RISS

Reunión de Expertos
 Junio 25 y 26, 2012
 Ciudad de Panamá

PRIMER DIA: Lunes 25 de junio.

HORA		
08:00 – 08:30	Acto de Inauguración Dr. Enrique Pérez, Representante a.i. de la OPS en Panamá Dra. Reina Roa, Directora Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Panamá	
08:30 – 09:00	Introducción, objetivos y dinámica de la reunión Dr. Reynaldo Holder	
09:00 – 09:45	Resultados del Análisis de Situación de los Hospitales en América Latina y el Caribe Estudio realizado para la OPS por la EASP - Dr. Juan José Mercader Escuela Andaluza de Salud Pública, España	
09:45 – 10:15	Discusión Plenaria	
10:15 – 10:45	PAUSA	
10:45 – 11:45	Resultados Preliminares del Análisis de Situación de los Servicios de Emergencias Médicas en América Latina y el Caribe: Situación en Sudamérica Dr. Germán González Echeverri – FNSP, U. de Antioquia, Colombia	
11:45 – 12:30	Resultados Preliminares del Análisis de Situación de los Servicios de Emergencias Médicas en América Latina y el Caribe: Situación en Centroamérica Dr. Luis Bernardo Villalobos – FUNDEVI, U. de Costa Rica	
12:30 – 13:00	Discusión Plenaria	
13:00 – 14:00	ALMUERZO	
	GRUPO DE TRABAJO – HOSPITALES – Salón A	GRUPO DE TRABAJO – SEM – Salón B
14:00 – 15:30	Validación del Análisis de Situación. (J.J. Mercader./R. Holder)	Debate: Cuál modelo para LAC: Modelo Euro/Americano de SEM? (G. González/L. Villalobos/E. Cabrera)
15:30 – 16:00	PAUSA	
16:00 – 17:00	Validación del Análisis de Situación. (J.J. Mercader./R. Holder)	Debate: Cuál modelo para LAC: Modelo Euro/Americano de SEM? (G. González/L. Villalobos/E. Cabrera)
17:00 – 18:00	PLENARIA: Conclusiones y resumen de los trabajos de grupo	

SEGUNDO DIA: Martes 26 de junio

HORA		
08:30 – 09:00	Resumen de los “Encuentros de Gerentes”- Agenda Regional para Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud Dr. Osvaldo Artaza, Chile	
09:00 – 9:30	Los SEM: El Caso de Brasil Dr. Paulo Tarso Abrahão, Brasil	
9:30 -10:00	Presentación de la plataforma colaborativa y foros de debate virtual Dr. Mario Cruz, OPS	
10:00 – 10:15	Discusión Plenaria	
10:15 – 10:45	PAUSA	
	GRUPO DE TRABAJO - HOSPITALES	GRUPO DE TRABAJO - SEM
10:45 – 13:00	Líneas estratégicas para Hospitales en RISS (O. Artaza/R. Holder)	Propuesta de recomendaciones y estrategia para los SEM (C. Ugarte/E. Cabrera)
13:00 – 14:00	ALMUERZO	
14:00 – 15:30	Líneas estratégicas para Hospitales en RISS (O. Artaza/R. Holder)	Propuesta de recomendaciones y estrategia para los SEM (C. Ugarte/E. Cabrera)
15:30 – 16:00	PAUSA	
16:00 – 17:00	PLENARIA: Conclusiones, Discusión y Resumen de los Grupos de Trabajo	
17:00 – 17:30	SIGUIENTES PASOS, EVENTOS Y TAREAS. CIERRE Dr. Reynaldo Holder	

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

TALLER DE EXPERTOS DE HOSPITALES Y
SERVICIOS DE EMERGENCIAS MEDICAS
Panamá, 25-26 de junio de 2012

LISTA DE PARTICIPANTES

	PAÍS	PARTICIPANTE	E-MAIL/TELÉFONO	
1	ARG	Dr. Oscar Miguel	oamiguel@hotmail.com	HOSP
2	ARG	Dr. Gabriel Ive	give@msal.gov.ar	SEM
3	ARG	Dr. Pedro Kremer	ssgsa@msal.gov.ar	HOSP
4	ARG	Arq. Roberto Roses	robroses@gmail.com	HOSP
5	ARG	Lic. María Cristina Cormetto	maricro55@gmail.com	HOSP
6	BOL	Dr. Ramiro Narvaez	narvaezfernandez@yahoo.es	HOSP
7	BOL	Dr. Daniel Cuenca Encinas	- darce_suma911@hotmail.com	SEM
8	BRA	Dr. Paulo de Tarso Abrahao	paulo.abrahao@saude.gov.br	SEM
9	BRA	Dr. Washington Abreu	abreu.washington@gmail.com abreu.de.jesus@gmail.com	HOSP
10	CHI	Dr. Rorberto Tapia	rtapia2005@gmail.com	HOSP
11	CHI	Dr. Osvaldo Artaza	oartaza@calvomackenna.cl	HOSP
12	CHI	Dr. Hugo González	hugo.gonzalez@minsal.cl	SEM
13	CHI	Dr. Ricardo Fabrega	- drfabrega@gmail.com	HOSP
14	COL	Dr. Germán Gonzalez	saluddec@guajiros.udea.edu.co ; amlopez@guajiros.idea.edu.co ggonzaleze@une.net.co	- SEM
15	COL	Dra. Natalia Velásquez	- natyve21@hotmail.com	- SEM
			-	-

16	COL	Dr. Jairo Esteban Paez Zapata	jestebanpaez@yahoo.com	SEM
17	COL	Sr. Juan Carlos Giraldo	institucional@achc.org.co ; dirgeneral1@achc.org.co	- HOSP
18	COL	Dr. Gabriel Paredes	- gabrielpar@hotmail.com	SEM
19	COL	Dr. Carlos Rua	ruamon@hotmail.com	SEM
20	COR	Dr. Luis Villalobos	Luis.villalobos@ucr.ac.cr	- SEM
21	COR	Dr. Daniel Quesada	Dquesadr@ccss.sa.cr	- SEM
22	COR	Dr. Horacio Chamizo	horacio.chamizo@ucr.ac.cr	SEM
23	CUB	Dr. Moises Santos Peña	moises@gal.sld.cu	HOSP
24	ECU	José Andrés Corral	jose.corral@msp.gob.ec corral.andres@gmail.com	HOSP
25	ECU	Dra. Nidha Villacrés	Nilda.villacres@msp.gob.ec nildav@uio.satnet.net	HOSP
26	ECU	Ing. Santiago Tarapuez	santiagoandrest@hotmail.com santiago.tarapues@msp.gob.ec	SEM
27	ELS	Dr. Fernando Sacoto	fersaiza@yahoo.com	HOSP
28	ELS	Dra. Ana B. Quintanilla	anabequi@yahoo.com	SEM
29	ELS	Dr. Julio Robles Ticas	- roblesticas@yahoo.com	HOSP
30	ESP	Dr. Juan José Mercader	Juanj.mercader.easp@juntadeandalucia.es	HOSP
31	ESP	Dr. José Ignacio Oleaga	joseignacio.oleaga.easp@juntadeandalucia.es	HOSP
32	MEX	Mtra. Alcira Tejada Anria	alcira41@hotmail.com nurse30tita@yahoo.com	HOSP
33	NIC	Yamira Sequeira	coordprogss@minsa.gob.ni	SEM
34	NIC	Henry Dávila	henryxdg@yahoo.com	HOSP
35	PAN	Dra. Reina Roa	reinaro@cwpanama.net	HOSP
36	PAN	Dr. Luis Garrido	luis.garrido@cableonda.net	SEM
37	PAN	Dra. Marta Sandoya	martasandoya@hotmail.com	SEM

38	PAN	Dr. Rogelio Muñoz	ramcruz5117@gmail.com	SEM
39	PAN	Dr. Itsel Smith	itselsmith@yahoo.es	HOSP
41	PER	Dra. Luz Loo de Li	luzloo@fepas.org.pe	HOSP
42	PER	Dr. Nelson Morales Soto	moralessotonelson@gmail.com	SEM
43	DOR	Dr. Juan Rodríguez	medicodom2005@yahoo.es	HOSP
44	OPS WDC	Dr. Pedro Orduñez	ordunezp@paho.org	
45	OPS WDC	Dr. Ciro Ugarte	ugarteci@paho.org	
46	OPS COR	Dr. Carlos Rosales	rosalesk@paho.org	
47	OPS WDC	Dra. Nelly Marín	marinnel@paho.ocr	
1	OPS ARG	Dr. Armando Guemes	guemesa@arg.ops-oms.org	
2	OPS BOL	Dr. Giovanni Escalante	gescalante@bol.ops-oms.org	-
3	OPS CHI	Dr. Julio Suárez	suarezj@chi.ops-oms.org	
4	OPS COR	Dr. Hernán Luque	luqueher@cor.ops-oms.org	
5	OPS ELS	Dr. Gerardo Alfaro	alfaroge@els.ops-oms.org	-
6	OPS PAN	Dra. Hilda Leal	hildam@pan.ops-oms.org	
7	OPS PAR	Dra. Angélica Gomes	gomesm@par.ops-oms.org	-
8	OPS DOR	Dra. Laura Ramírez	lr Ramirez@dor.ops-oms.org	
9	OPS URU	Dr. Miguel Fernández Galeano	fernandm@uru.ops-oms.org	
10	OPS WDC	Dr. Reynaldo Holder	holderre@paho.org	
11	OPS WDC	Dr. Mario Cruz-Peñate	cruzmari@paho.org	
12	OPS WDC	Dr. José Enrique Cabrera	cabreraj@paho.org	
13	OPS WDC	Srta. Soledad Urrutia	urrutias@paho.org	
14	OPS WDC	Dr. Renato Tasca	tascar@paho.org	
	OPS		-	

15	PAN	Sra. Rita Carol	carolrit@pan.ops-oms.org	
16	OPS WDC	Etty Alva	alvaetty@paho.org	