

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XIX Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXI Reunión



Washington, D. C.
Septiembre-October 1969

Tema 26 del proyecto de programa

CD19/19, Rev. 1 (Esp.)
10 septiembre 1969
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROGRESO OBTENIDO EN LA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE
LOS MINISTERIOS DE SALUD, LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS
QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD. INFORME DE UN
GRUPO DE TRABAJO

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene el honor de poner en conocimiento del Consejo Directivo el informe preparado por su Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica.

Este Grupo fue convocado en colaboración con la Organización de los Estados Americanos y en cumplimiento de la Resolución XX de la XVII Reunión del Consejo Directivo.

GRUPO DE ESTUDIO

sobre

COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA

Washington, D.C.

4 - 8 de agosto de 1969

INFORME FINAL

El día 4 de agosto de 1969 se reunió en la Ciudad de Washington, D.C., el Grupo de Estudio convocado por la Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud, para discutir la coordinación de los servicios médicos en la Región de las Américas.

La reunión fue inaugurada por el Sr. Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz, y el Director del Departamento de Asuntos Sociales de la Organización de los Estados Americanos, Sr. Theo Crevenna, quienes leyeron discursos en que destacaron la importancia de las actividades que estas dos Organizaciones vienen realizando en conjunto desde hace 7 años y que se han materializado en un Grupo de Estudio que se reunió en 1965 y en numerosos proyectos en los países dirigidos a coordinar sus servicios médicos, a fin de alcanzar, según palabras del Dr. Horwitz, "el aprovechamiento integral de la capacidad instalada, el ejercicio de una administración eficiente y la racionalización de los recursos humanos y materiales para cumplir con los objetivos de cada programa".

En otro pasaje de su discurso agregó:

"Se ha puesto en evidencia que, en la medida que ha crecido la población y sus aspiraciones, así como la demanda de servicios de salud, ninguna de las instituciones participantes se ha demostrado capaz de absorber por si sola las responsabilidades de otorgar prestaciones integrales a todos los habitantes. La asociación de ellas con objetivos definidos, procedimientos comunes, uso racional de equipos y elementos profesionales bien preparados conscientes del propósito esencial que se persigue, puede darle a los recursos disponibles un rendimiento que siempre será superior al actual de las entidades operando aisladamente."

Terminó, pidiendo a los Miembros del Grupo de Estudio "una definición de principios y de normas que puedan ser adaptados a la situación de cada país y, muy en especial, a la legislación vigente y a la estructura administrativa".

Por su parte, el Sr. Crevenna, hablando en nombre del Secretario General de la OEA agregó que "una discusión franca y abierta, entre personas de disciplinas y puntos de vista distintos es muy deseable, pero no muy común todavía.

"Tenemos grandes esperanzas de que esta reunión produzca conclusiones y recomendaciones verdaderamente útiles a los países del Hemisferio."

El Grupo eligió Presidente al Dr. Guillermo Arbona, Vice-Presidente al Dr. Gastón Novelo y Relator al Dr. Daniel Orellana y dió aprobación a la Agenda Provisional, que se incluye en anexo.

En el curso de los debates, los miembros del Grupo discutieron en detalle cada uno de los temas de la Agenda y en la Reunión de Clausura celebrada el viernes 8 de agosto a las tres de la tarde prestaron su aprobación al siguiente Informe Final:

I. COORDINACION EN LA FORMULACION Y EJECUCION DE UNA POLITICA DE SALUD

El Grupo discutió el tema sobre Coordinación en la Ejecución de una Política de Salud desde todos los ángulos relacionados con la formulación de una política, la participación de las distintas instituciones que administran servicios de salud y el financiamiento de los servicios a fin de proporcionar una cobertura tan amplia y de tan buena calidad como los recursos lo permitan.

Se analizó la relación que existe entre política de salud y política general de desarrollo económico y social, y se reconoció que no puede existir una política de salud independiente sino que, por el contrario, ella debe ser diseñada simultánea y armónicamente con la política nacional de desarrollo industrial y agrícola, como, asimismo, con la política educacional, social y laboral.

Los países han venido, en general, desarrollando sus servicios de salud y tratando de satisfacer las necesidades emergentes a medida que la demanda de servicios lo hacía necesario. Esto se ha hecho a través de lo que se podría llamar una "política implícita" de salud, que ha significado, en muchas situaciones, un crecimiento desordenado y que no siempre ha dado la prioridad a los problemas más urgentes.

Desde que se inició el proceso de planificación nacional de la salud y se establecieron procedimientos para determinar prioridades y metas a corto y largo plazo, apareció la necesidad de formular una política basada en el conocimiento demográfico, estadístico y epidemiológico, o sea en el diagnóstico de una situación de salud. Lo anterior ha traído la necesidad de formular una "política explícita", que se ha transformado en planes de salud y, a veces, en modificaciones legales a fin de adaptar las estructuras para que faciliten los cambios necesarios para adaptar las prestaciones de salud a la demanda de servicios. Se reconoció que estos cambios, característicos de la política explícita, provocan, a veces, distintas interpretaciones y reacciones entre las instituciones y personas vinculadas a la prestación de servicios de salud.

En términos generales, la política de salud debe delinear las bases legales y administrativas de los servicios de atención médica, establecer las prioridades de los programas y determinar el grado de cobertura de la población, todo esto proyectado a un período razonable de tiempo.

El Grupo recomendó, en forma muy encarecida, que la coordinación institucional debe iniciarse en la etapa de formulación de la política de salud, de tal manera que las instituciones de seguridad social, las facultades de medicina, asociaciones profesionales y otros organismos relacionados con las prestaciones de salud, se sientan desde el inicio comprometidos para la ejecución de la política aprobada, en igual medida que los Ministerios de Salud.

El Grupo ratificó la definición de coordinación adoptada en su reunión de 1965:

"Debe entenderse por coordinación, la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud."*

Y comprobó, con satisfacción, que ha habido progresos y que por lo menos la mitad de los países de América Latina han iniciado el proceso de coordinación a través de distintos mecanismos legales, administrativos y financieros. Se reconoció, sin embargo, que estos esfuerzos son insuficientes y que en algunos países la coordinación se ha planteado con cierta timidez, tal vez porque ella no ha sido la expresión de una política definida. La coordinación es más fácil de llevar a la práctica cuando existen tareas concretas que realizar y cuando ella cuenta con el respaldo moral y psicológico de los grupos interesados.

La mayoría de los miembros del Grupo estuvieron de acuerdo en que la coordinación es un mecanismo siempre necesario y que permite avanzar en forma progresiva y ordenada hacia la meta ideal de la integración de servicios. Algunos participantes, sin embargo, defendieron el punto de vista de la integración inmediata, sin pasar por la etapa de coordinación transitoria.

El Grupo discutió diversos niveles y mecanismos de coordinación y al efecto se mencionaron algunos ejemplos ilustrativos de experiencias que se están llevando a cabo en algunos países del Continente.

*Administración de Servicios de Atención Médica, Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación Científica No. 129, Febrero 1966 (Segunda Impresión, enero de 1967), pág. 57.

La presión de la demanda creciente de servicios está obligando a los países a introducir cambios en los sistemas de provisión de servicios de salud y a usar en forma más efectiva los recursos disponibles. El Grupo reconoció que la coordinación en la planificación de los servicios de salud es una herramienta para satisfacer esta necesidad de cambio. Es esencial, además, que el sector salud obtenga la parte que en forma justa le corresponde en la distribución de los recursos nacionales y esto se obtiene con mayor facilidad cuando las distintas instituciones del sector salud actúan de común acuerdo en lugar de entrar en competencia entre sí.

La coordinación debe extenderse a todos los niveles de la administración de los servicios, constituyendo así una corriente de doble flujo. Esta facilita el proceso en cuanto hace partícipe de él a los administradores de los distintos estratos de la administración. Se reconoció, además, que los países han aplicado distintos modelos de coordinación, los cuales están ligados a sus propias características económico-sociales y políticas y no son, por lo tanto, transferibles de un país a otro.

Hay diferentes técnicas para poner en práctica la coordinación y cada país debe elegir aquella que pueda gravitar, en forma más efectiva, sobre la provisión de servicios de salud. Teniendo en consideración la situación política, legal, social y financiera del país en cuestión, se puede ir más rápida o más lentamente, dando nuevos pasos hacia una mayor coordinación o, ulteriormente, hacia una mayor integración. En todo caso, el Ministerio de Salud debería ser el promotor de la coordinación de todas las instituciones que intervienen en el sector salud, incluso el área privada.

Para poner en práctica este proceso de coordinación, el Grupo recomendó que se constituyan consejos o comisiones de salud al más alto nivel administrativo y político y con la autoridad legal suficiente para asesorar al Ministerio de Salud en la articulación de una política de salud y en la coordinación administrativa al nivel operacional. La labor de estos consejos o comisiones centrales de coordinación se refuerza enormemente con el establecimiento de comités inter-institucionales para el estudio de problemas específicos de salud tales como medicina preventiva, epidemiología, estadística, desarrollo de recursos humanos, calidad de la atención médica, cuadros básicos y otras áreas semejantes. En donde fuera necesario o conveniente deberán establecerse convenios locales entre las instituciones participantes.

El Grupo fue enfático en reconocer el papel preponderante que corresponde a las Facultades de Medicina en la coordinación y por esto destacó la importancia de los comités de formación profesional, a través de los cuales se puede impulsar una política de salud, al mismo tiempo que el desarrollo de los recursos humanos para ponerla en práctica.

El Grupo reconoció la necesidad de una cobertura amplia de la población, pero señaló también las limitaciones que forzosamente han de aceptarse en este propósito. Sólo la complementación de los recursos institucionales y su utilización racional permitirán acercarse al ideal de la cobertura universal. Particularmente para la población rural, la cobertura debería inicialmente proporcionar servicios promocionales de carácter colectivo, tales como las medidas básicas de saneamiento. La atención médica en estos casos sólo podrá ofrecer un conjunto de medidas mínimas que podrían alcanzarse mediante atenciones médicas delegadas en personal no profesional, si fuera necesario.

Se hizo presente, igualmente, que no es prudente extender la cobertura o extrapolar modelos a zonas no protegidas, sin llevar a efecto primero estudios o encuestas experimentales que permitan conocer los antecedentes demográficos, administrativos y estadísticos indispensables para tomar una decisión bien fundamentada.

Reconoció el Grupo, la necesidad de ensayos simulados, los que deberan ser evaluados cuidadosamente decidiendo su aplicación en mayor escala, solamente una vez que se haya probado su valor.

Sistemas de organización de las prestaciones médicas

Desde el punto de vista del otorgamiento de las prestaciones médicas y de las relaciones entre el médico y su paciente, existe una amplia variedad de sistemas que van desde el tradicional ejercicio privado de la profesión médica hasta los servicios médicos organizados por el Estado y concedidos en forma gratuita por instituciones públicas. Entre estos dos extremos existe toda una gama de servicios médicos organizados por las instituciones de seguridad social, por organismos mutualistas, y por la asistencia social pública y privada, que ofrecen servicios a distintos grupos seleccionados de la población.

La historia de la seguridad social muestra que ha sido un mecanismo de política económica y social para canalizar recursos hacia los programas de bienestar social, incluyendo los servicios médicos, recursos que de otra manera habrían estado destinados a otros propósitos. El resultado ha sido que los trabajadores tienen mayores beneficios y servicios que el resto de la población. Los servicios del seguro social son, además, de mejor calidad y sus remuneraciones al personal son, generalmente, más elevadas. Todo este conjunto de circunstancias crea una competencia por recursos humanos entre el seguro social y las demás instituciones de salud, lo que debería convertirse en un estímulo para elevar los niveles de calidad y utilización de los servicios menos favorecidos, facilitando así la coordinación.

El trabajador, como factor de la producción y elemento primario de la industrialización, ha merecido una consideración de prioridad en todos los planes de coordinación de servicios. Esta prioridad debe llevar consigo medidas de redistribución de los recursos que permitan uniformar los beneficios y los servicios destinados a otros grupos de la población. El objeto de la coordinación debe ser alcanzar una mejor utilización de los recursos disponibles actualmente y en el futuro, tratando de evitar la implantación de numerosos sistemas de organización de la atención médica que entran en competencia entre sí. La mayor disponibilidad de recursos financieros de la seguridad social provoca con frecuencia desazón en los Ministerios de Salud. Sin embargo, estudios comparativos entre distintos países demuestran que la disponibilidad de mayores recursos en la seguridad social no significa, necesariamente, la disminución del dinero disponible en los Ministerios de Salud. Por el contrario, se ha visto que cuando el seguro social es económicamente fuerte, el Ministerio goza igualmente de mayores recursos financieros.

La construcción de hospitales por los seguros sociales ha aumentado y mejorado la capacidad instalada indispensable para otorgar las prestaciones de salud, y ha contribuido al desarrollo de los recursos humanos. En definitiva, la instauración de los seguros sociales ha traído consigo un fortalecimiento de los recursos de salud. Lo anterior no significa, sin embargo, que se pueda seguir aceptando la situación actual de manejo separado de las prestaciones de salud, con la consiguiente desigualdad de los niveles de calidad. Ha llegado el momento en que los Ministerios y las Instituciones de Seguridad Social deben colaborar entre sí para que la provisión de servicios sea cada vez más eficiente.

El Grupo reconoció, en resumen, que para ofrecer la pluralidad de servicios de carácter preventivo, curativo y social, y considerando el alto coste que han alcanzado las prestaciones de salud, no es posible esperar de momento que una sola institución u organismo esté en condiciones de financiarlos en su totalidad, y de ahí que sea necesario recurrir a un financiamiento multilateral y a una administración coordinada bajo un sistema nacional de salud.

II. COORDINACION EN EL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

1. Utilización y productividad de los recursos

El Grupo consideró los conceptos y técnicas tradicionalmente propuestos para aumentar la productividad y la eficiencia de los servicios hospitalarios. Entre otros consideró los siguientes:

1. Perfeccionamiento de la administración hospitalaria, mediante la aplicación de prácticas administrativas de reconocida efectividad.
2. Facilidades de comunicaciones entre las diversas instituciones hospitalarias y adopción de patrones permitan la comparabilidad de los informes clínicos, las estadísticas hospitalarias y de los informes económicos y programas educacionales.

3. Mejoramiento de la calidad de los servicios a un nivel superior factible, en el que los establecimientos hospitalarios lleguen a alcanzar una eficiencia equivalente y las prestaciones, no importa quien las preste, sean igualmente aceptadas por el consumidor.

Se propuso que se adopte un sistema de acreditación o certificación hospitalaria que pueda servir de instrumento propulsor en el mejoramiento sistemático de requisitos previstos para cada país, de acuerdo a sus posibilidades, y que hagan posible el cumplimiento de las condiciones de calidad en el otorgamiento de los servicios, y en el desempeño de la función docente.

El Grupo discutió ampliamente las alternativas que se presentan para hacer programas de alta calidad científica y aquellos otros programas en los que se ofrece una atención médica mínima con amplia cobertura de la comunidad. Hubo acuerdo en que, desde el punto de vista médico-social, es deseable alcanzar la cobertura tan amplia como sea posible, de calidad y excelencia compatible con los avances actuales de las ciencias médicas y disponibilidad de recursos. Se citó el caso de las unidades de cuidado intensivo, cuyo coste es alto pero que, a la vez, representan la oportunidad de salvar muchas vidas. Por otra parte, si las unidades de cuidado intensivo se complementan con los cuidados intermedios y con el tratamiento ambulatorio y a domicilio, los costes pueden reducirse, pues se promueve el tratamiento ambulatorio amplio, evitando hospitalización y utilizando mejor el instrumento cama-hospitalaria. En tal sentido, se indicó la necesidad de establecer criterios básicos que permitan la adecuada distribución de los pacientes a cada fase del cuidado progresivo.

Se señaló que los hospitales han nacido de acuerdo a patrones culturales propios de cada región o país y, en consecuencia, su desarrollo y sus características actuales tienen que ser diferentes. Se señaló, asimismo, que las desigualdades extremas en la calidad de los servicios prestados por los hospitales constituye un obstáculo para su coordinación. Es conveniente, por lo tanto, tratar de uniformar al menos algunas áreas y procedimientos en la prestación de servicios, lo que contribuye a facilitar la coordinación. A este respecto, se consideró que el sistema de evaluación de la calidad de los hospitales constituye un valioso instrumento tanto para los servicios asistenciales como para los programas docentes. La acreditación de hospitales no debe limitarse a un simple sistema de registro, sino que debe constituir un proceso continuado de evaluación y de cooperación intra-hospitalaria para el mejoramiento progresivo de los servicios. Deben identificarse las áreas de menor eficiencia en los hospitales y estimular su mejoramiento.

El Grupo convino en que si bien el tecnicismo progresivo de los hospitales, de acuerdo con los conocimientos de la era actual, es altamente deseable, no debe constituir un pre-requisito indispensable para la coordinación. La dificultad en este aspecto es la gran cantidad de instituciones hospitalarias con un número reducido de camas cuyo mejoramiento técnico-administrativo, no es fácil, por cuanto no existen los recursos humanos especializados para abordarlo. Por lo tanto, será necesario organizar y coordinar, con criterio realista, lo que ya existe en cada nivel, procurando su perfeccionamiento armónico y progresivo.

También consideró el Grupo que deben revisarse constantemente los programas de formación del personal de administración de hospitales y fue consenso general la necesidad de formar un equipo directivo y administrativo encabezado por un médico, asistido de otros profesionales y técnicos para atender las distintas áreas de administración. El tipo y número de administradores deberá estar de acuerdo con la realidad médica, legal y administrativa de cada país.

2. Regionalización

La regionalización es un sistema de coordinación de los recursos de salud, sean humanos o materiales, de un área de desarrollo económico-social, para lograr una mejor accesibilidad y utilización de éstos, por toda la población. Tiene por lo tanto como objetivo una mejor distribución de los servicios de salud.

Desde el punto de vista técnico, la regionalización es el instrumento administrativo que permite, a nivel intermedio, la consolidación de los programas nacionales de salud para facilitar su ejecución a nivel local.

El Grupo reconoció que en forma implícita los diferentes niveles de servicios de salud se coordinan espontáneamente en el nivel regional, pero para reforzar la coordinación es necesario que esta regionalización se haga explícita y que tenga respaldo legal. Se reconoció, además, que la instauración de un régimen de regionalización presenta grandes dificultades, por cuanto cada una de las instituciones participantes tiene que ceder parte de su soberanía en beneficio de objetivos y programas comunes. A pesar de tales dificultades, la regionalización debe propiciarse, ya que constituye el instrumento más efectivo de coordinación dentro de un país. Para facilitar el proceso de coordinación es conveniente que se introduzcan en su aplicación elementos de mutuo beneficio, de tal manera que las instituciones, al mismo tiempo que ceden algunas atribuciones, reciban un beneficio evidente al participar en el sistema coordinado. Comisiones Regionales de Salud, de constitución inter-institucional, con autoridad delegada de la Comisión Nacional, pueden facilitar mucho convenios regionales y locales ad hoc.

Los servicios regionales deben jerarquizarse y articularse en una red de establecimientos de salud, en tal forma que representen un mecanismo de redistribución de recursos facilitando a la vez su accesibilidad. El hospital regional estará en la cúspide de esta pirámide de servicios.

Para que la regionalización represente un instrumento efectivo de coordinación es necesario que todos los establecimientos de salud de la región, sin consideración a cual sea la institución propietaria, participen en la programación, administración y ejecución de los programas locales de salud.

Al igual que en el nivel central, es recomendable que en el nivel regional la profesión médica organizada, así como las instituciones docentes, participen en la programación de los servicios de salud. Es del mayor interés la incorporación de los médicos clínicos dentro de sus respectivas especialidades, a la programación y ejecución de los programas regionales respectivos.

3. La coordinación local

Los programas integrados de salud ofrecen prestaciones preventivas y curativas al individuo, al mismo tiempo que servicios colectivos, tales como agua potable, control de alimentos, preservación del ambiente, control de drogas y otros.

No todas las prestaciones tienen que ser otorgadas por el mismo establecimiento y lo más corriente es que participen un conjunto de instituciones especializadas aun cuando en localidades muy pequeñas el total de las responsabilidades cae sobre una sola institución. Lo importante es que las instituciones e individuos se coordinen para sumar sus esfuerzos en beneficio colectivo, evitando duplicaciones que significan derroche de recursos y encarecimiento de los servicios.

Los programas de salud integrados deben gozar del respaldo de un sistema de administración de salud, en el cual la dirección técnica unificada venga desde los más altos niveles hasta las unidades locales más pequeñas. Hay que tener presente que hay actividades que en forma simple se pueden integrar a nivel local mientras que hay otras que no son, o son muy difícilmente, integrables. La integración de la medicina preventiva y curativa a nivel local es tanto más fácil cuando más pequeña sea la unidad de servicio. Cuando se trata de servir a las áreas rurales o a los grupos de recursos menores de la población urbana, la atención tendrá que ser proporcionada preferentemente por la autoridad nacional de salud, a través de unidades locales.

La infraestructura básica de la organización local de salud (distrito, área, etc.) es el centro de salud que constituye la unidad básica mínima

de atención para prestar servicios de salud integral al individuo, a la familia y a la comunidad por medio de un equipo de trabajadores de salud compuesto de por lo menos un médico asistido por enfermeras, auxiliares y otros técnicos.

La labor de estos centros de salud está complementada por sub-centros, que están dirigidos por un médico general y que cubren las necesidades de protección, promoción y recuperación de la salud de la población a su cargo.

Puesto que el servicio médico privado constituye en muchas partes un sector importante en el campo de las prestaciones médicas, es altamente deseable su coordinación con el sector público.

4. Participación de los hospitales docentes en los programas integrados de salud

La comunidad desea obtener una más rápida aplicación de los nuevos conocimientos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y está consciente de la necesidad de disponer de mayor número de médicos y de personal auxiliar.

Hoy se acepta que la atención médica tiene estrechas vinculaciones con la educación médica. Hay un creciente número de internados y residencias en hospitales públicos y privados y de esta manera se han propiciado mejores relaciones de los programas de educación médica y de sus progresos científicos con la comunidad.

El concepto tradicional del hospital universitario como centro de enseñanza y de alta investigación científica ha sido sobrepasado por las exigencias de un proceso docente acelerado y por la necesidad de proyectar sus servicios hacia problemas sociales que tienen su expresión en la antropología cultural, las ciencias de la conducta y la organización de la comunidad. La ciencia médica académica, representada por la Universidad, tiene la responsabilidad adicional de desarrollar sistemas óptimos en el otorgamiento de servicios, incluyendo planificación, organización y funcionamiento, así como también en la adecuada ejecución del programa, expresado en la prevención de las enfermedades y en un diagnóstico y un tratamiento eficaces.

Si se espera que el hospital docente diseñe modelos de atención necesariamente debe tener responsabilidad en la prestación de servicios, pues de lo contrario se corre el riesgo de que el modelo propuesto en forma teórica resulte inaplicable en la práctica. Por lo tanto, el hospital docente debe adaptarse, lo mismo que los planes de estudios médicos, a la realidad epidemiológica, social, económica y cultural de la comunidad.

El hospital docente debe formar parte de un sistema coordinado de servicios de salud que permita ofrecer al futuro médico una visión lo más

completa posible de las realidades que encontrará en su vida profesional. Es de importancia incorporar al proceso docente otros hospitales y establecimientos de salud pertenecientes a los Ministerios, a la asistencia social y a la seguridad social, para lo cual debe procurarse un arreglo de coordinación que vincule los establecimientos entre si a través de un mecanismo de regionalización.

El centro médico universitario, aun cuando debe tener y cumplir objetivos y responsabilidades propias, podría servir más efectivamente a la comunidad nacional poniendo a disposición del sistema coordinado su insustituible experiencia en la enseñanza y la investigación. Simultáneamente, la educación médica se beneficiará al usar los campos clínicos de los hospitales de otras instituciones y los campos sociales de la comunidad como áreas de práctica para los estudiantes.

El Grupo consideró cuatro áreas importantes de investigación:

1. Analizar las causas del continuo crecimiento del coste de atención médica, especialmente con respecto a los pacientes hospitalizados, con desarrollo de nuevas ideas que puedan controlar este coste creciente.
2. Estudiar los métodos por medio de los cuales la más grande proporción posible de pacientes pueda ser cuidada a través de atención ambulatoria y semi-ambulatoria.
3. Poner énfasis en el análisis de sistemas en que la moderna tecnología pueda aplicarse en la más amplia escala posible a la atención médica.
4. Propiciar el desarrollo de planes que se dirijan hacia la adopción de estructuras físicas e instalaciones que ofrezcan flexibilidad y permitan modernización y expansión de acuerdo a las necesidades cambiantes de los programas.

III. COORDINACION EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La coordinación en el desarrollo de los recursos humanos debe contemplar tanto los aspectos técnicos y financieros como los de formulación de una política básica en este campo para el sector salud.

El desarrollo de recursos humanos no puede ni debe ser responsabilidad de una sola organización y de hecho constituye parte del proceso

más amplio de planificación de salud. Los sectores salud (Ministerios de Salud e instituciones de Seguridad Social) y educación (Ministerios de Educación y Universidades) deben coordinarse para esta planificación.

La planificación del recurso humano es inseparable de la planificación general de la salud, y forma parte de ella. Esto ha sido reconocido en los diversos métodos que con tal fin han sido preconizados y que están actualmente en uso. Este hecho que no necesita ser explicado ni sustentado, ha tropezado en la práctica con dificultades muy considerables. Por una parte, ha resultado muy difícil cuantificar el recurso disponible, ya que la misma definición de dicho recurso no ha sido claramente establecida. Por ejemplo, la atención prestada por el personal denominado "empírico" parece constituir una parte muy importante de la atención total a la salud en algunos países. Si hay dificultades en la estimación cuantitativa, muchas más las hay en la estimación cualitativa. Poco o casi nada se sabe del real rendimiento de muchas de las acciones que ejecuta el personal de salud.

La planificación debe ser cuantitativa, con la debida proyección en el tiempo, y cualitativa considerando tipo de profesionales y técnicos necesarios y contenido de los programas de enseñanza. Debe ser un proceso continuo, que debe ajustarse a la dinámica de los cambios sociales y científicos. Se deben definir las categorías y los niveles en cada profesión y habrá de investigarse también los factores individuales que motivan las personas hacia las diferentes profesiones.

El proceso de formación tiende a crear y cambiar actitudes a través de impartir conocimientos y procurar habilidad y destrezas. En este sentido, los propósitos educacionales deben dividirse en formativos e informativos. La enseñanza de la medicina preventiva y social y de las ciencias de la conducta, a lo largo de toda la carrera, es fundamental, ya que llena ambos propósitos..

El Grupo reconoció que, entre los medios de coordinación, los comités intersectoriales de educación profesional constituyen un recurso muy eficaz, lo mismo que los consejos nacionales asesores para el desarrollo de los recursos humanos.

Un programa de tal naturaleza habrá de reflejarse obligadamente en los aspectos educacionales que tengan como propósito formar el personal profesional adecuado para su funcionamiento y, en consecuencia, habrá de repercutir sobre los distintos elementos que constituyen los planes de estudio de las facultades de medicina en los niveles de pregrado y de postgrado.

El contenido de los planes de estudio, el arreglo de las asignaturas dentro de un esquema general, su extensión y profundidad, expresada en

cada caso por el programa respectivo, son los elementos que deben considerarse. Sin embargo, el contenido de un plan educacional, únicamente cobra forma y sentido en virtud de los objetivos por alcanzar y a través de una metodología que tome en cuenta los recursos materiales y humanos, estos últimos representados, tanto por el educador, como por el educando.

Las facultades de medicina orientarán sus objetivos para formar personal que tenga conocimiento claro de los beneficios que representa para su propio país el establecimiento de un plan integrado de servicios médicos, lo que a su vez presupone el conocimiento de todos y cada uno de los servicios médicos disponibles en el país que hayan sido coordinados para lograr la integración.

Como ya se ha dicho, la utilización para la formación profesional de los establecimientos de salud, cualquiera su dependencia, ha de ser seguramente un propósito que las escuelas médicas deben perseguir y desarrollar en todas sus potencialidades docentes y sociales. Para esto deberán fortalecerse los medios de comunicación entre las instituciones de salud y las universidades. Los programas conjuntos merecerán amplio estímulo y patrocinio. La combinación de esfuerzos ha de extenderse a programas operacionales y actividades de discusión conjunta, multidisciplinaria. En tanto como sea posible, la cooperación de las instituciones de salud han de ser no sólo técnica, sino también financiera.

Para que la coordinación funcione, debe haber siempre un propósito concreto y objetivos inmediatos que pueden ir cambiando de año en año y que constituyen el vehículo en el cual la coordinación continúa su progreso.

Los objetivos de la educación médica son primordiales y circunstanciales. Los primeros son universales, los segundos son cambiantes y sujetos a revisión constante. Es necesario determinar cuáles son sus objetivos fundamentales y aclarar la importancia tanto de la especialización como de la medicina general.

El Grupo reconoció que el problema principal en la prestación de servicios de salud a la población, está constituido por la demanda creciente y la insuficiencia de recursos, a la cual se suma la falta de coordinación entre las instituciones responsables de otorgarlos. Tomando en cuenta estos factores, la coordinación entre diversas instituciones debe dirigirse a la satisfacción de objetivos básicos, entre los cuales se pueden considerar los siguientes:

1. Satisfacer la demanda social cuantitativa de servicios médicos, asegurando la oportunidad de su otorgamiento.

2. Elevar los niveles cualitativos de la asistencia médica.
3. Equilibrar el coste de operación de los servicios.

A fin de ajustar los planes educacionales a los cambios en evolución y con los propósitos de coordinación se propone:

1. Promoción de una mayor aproximación entre los responsables de las facultades de medicina, de los Ministerios o Secretarías de Salud, y de las instituciones de seguridad social, probablemente mediante la organización de comisiones mixtas en que participan representantes de todas estas instituciones junto con representantes de los estudiantes.
2. Desarrollo de estudios de recursos humanos en cada país haciendo un análisis especialmente objetivo de la demanda cualitativa con miras a alcanzar una definición precisa de las funciones que vaya a desempeñar el profesional.
3. Delineación adecuada de los objetivos de enseñanza, sobre la base de los estudios referidos, estableciéndose el contenido de los programas de estudios y la metodología que deberá seguir.
4. Análisis de los sistemas adoptados por las instituciones gubernamentales y de seguro social y establecimiento de requisitos mínimos para su participación en los programas docentes.
5. Acreditación de los servicios hospitalarios y centros de salud para el adiestramiento de estudiantes bajo supervisión docente.

1. Educación de pregado

Es consenso unánime que lo fundamental en Latinoamérica es formar médicos generales. La formación del médico general seguirá constituyendo la función primaria de las escuelas médicas y deben definirse cuidadosamente las características de este médico.

El médico general que requiere América Latina habrá de tener como rasgos propios los siguientes:

1. Conocimiento preciso de los problemas de salud del país y de los recursos existentes para solucionarlos.

2. La orientación y capacidad necesarias para ejercer su acción en el campo de la salud pública y de la medicina preventiva.
3. La suficiente preparación para abordar los problemas de salud de una población en desarrollo.
4. Ser susceptible de incorporarse al ejercicio de la medicina institucional y capaz de trabajar en equipo con otros profesionales ajenos a la medicina, y
5. Tener condiciones de líder para organizar a los miembros de la comunidad, en beneficio de una salud positiva.

A lo anterior, se añade la necesidad de fomentar que el médico conozca su ambiente local y pueda arraigar en él sin menoscabo de la visión global sobre las tendencias y desarrollo de la medicina en el país, en forma tal que tenga la suficiente flexibilidad para escoger dentro de sus posibilidades y vocación, el sitio de trabajo que mejor le corresponda y en el cual haya de ser más productivo.

Para esto debe tener una sólida base científica, una buena actitud de servicio y un permanente hábito de estudio.

Un buen programa de educación médica presupone la existencia de un programa integrado de asistencia médica. Presupone además, que a partir de la distribución de funciones se enseñan los conocimientos, habilidades y destrezas que constituyen los objetivos y hacen posible la evaluación. El contenido, que habitualmente se conoce como plan de estudio, es el medio utilizado para este fin.

Los médicos ejercen su profesión con estilo distinto como consecuencia de la distinta organización institucional. El plan de estudio debe poner el énfasis en la profesión como un todo y no en cada una de sus partes.

Es deseable que todas las instituciones participantes en el proceso de coordinación de Atención Médica tengan oportunidad de opinar sobre la preparación del curriculum. Al hacerlo, cada cual debe representar las necesidades y ceder en sus intereses a fin de hacer posible el cambio en la orientación de la enseñanza.

Los planes de estudio deben ser integrados, para lo cual sus componentes han de ser elásticos.

Existe la necesidad de introducir en los programas de estudio una oportunidad más precoz de tratar directamente a los pacientes, así como

de abordar los aspectos sociales y ecológicos de la población a que presta asistencia la Facultad.

La existencia de un programa integrado de salud ayudará notablemente a la adecuación de los planes de educación médica. Por lo tanto, el desarrollo simultáneo de ambos campos es indispensable y necesario. Esta es, quizás, una de las áreas de coordinación más importantes en estos momentos.

Las Asociaciones de Facultades de Medicina, integradas con las Instituciones de Salud, la Profesión Médica organizada y los Ministerios de Educación pueden formar el apoyo más sólido para estos propósitos de coordinación.

La elevación del nivel profesional del médico general puede facilitarse mediante el mayor reconocimiento de la medicina general como una especialidad con atributos propios, que la caracterizan, según los países, como medicina familiar o medicina de la comunidad.

La enseñanza de la administración es necesaria por cuanto el médico en el hospital, al mismo tiempo que ejerce su función clínica primaria, ejerce, simultáneamente, una función subsidiaria pero continua de manejo administrativo al disponer y utilizar los recursos humanos y materiales de la institución al servicio de sus decisiones. Además, el médico clínico en el área rural se enfrenta no sólo a la solución de los problemas médicos de esas poblaciones, sino además a los problemas de organización y manejo administrativo de hospitales e instituciones de salud rurales.

La administración, la epidemiología, la ecología y la medicina preventiva y social deben ser componentes primarios del currículo médico. La enseñanza de la administración incluye el proceso, el comportamiento y los aspectos cuantitativos que conforman los diversos componentes del sistema nacional de salud.

2. Educación continuada

Las actividades de educación médica continuada representan una oportunidad para fortalecer los conocimientos adquiridos en el pregrado. Para muchos médicos, éstas son quizás las únicas y más sencillas oportunidades a su alcance para su mejoramiento profesional. Sin embargo, con pocas excepciones, en la mayoría de los países no se han establecido planes orgánicos para su desarrollo y aprovechamiento.

3. Adiestramiento conjunto del personal en servicio

El adiestramiento conjunto del personal en servicio para cumplir los propósitos anteriores puede ser esquematizado en dos capítulos: el de

normas y procedimientos aplicables a cualquier país o región y el de características particulares para un determinado país.

La responsabilidad de las Facultades de Ciencias de la Salud se extiende no solamente a la formación de médicos, sino también de otros miembros del equipo de salud, enfocando la salud como una unidad y el hombre como persona integral bio-psico-social.

La cooperación de las instituciones de salud será aquí más necesaria, ya que hasta ahora, la formación de este último personal ha estado, en su mayor parte, a cargo de estas instituciones.

La formación del personal de salud debe incluir una profunda motivación por el trabajo en equipo. Cada uno debe conocer los objetivos comunes y las características de los otros integrantes del equipo. Esto crea el sentido de respeto, prestigio y tolerancia lo cual facilita la consolidación del grupo y la coordinación del trabajo.

Los programas conjuntos entre instituciones de salud asistenciales e instituciones de enseñanza, de los cuales hay excelentes ejemplos en varios países, deberán evaluarse mediante la aplicación del método científico a problemas operacionales. Es deseable que esto sea promovido y patrocinado por los organismos internacionales.

El adiestramiento conjunto del personal en servicio ofrece excelentes oportunidades prácticas para la coordinación. Los Ministerios de Salud, las Instituciones de Seguridad Social y las Facultades de Medicina deben desarrollar programas educacionales para el personal de los servicios de salud, cualquiera que sea su dependencia.

Experiencias positivas como la del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, deberían aprovecharse en mayor escala por los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social para capacitar a sus funcionarios ejecutivos de diferentes niveles de administración.

Finalmente, el Grupo recomendó la organización y reforzamiento del adiestramiento conjunto de funcionarios médicos de las diferentes instituciones de salud. Se reconoció, además, que con mucha frecuencia este adiestramiento conjunto puede ser la responsabilidad de las Escuelas de Salud Pública.

IV. COORDINACION DEL FINANCIAMIENTO

1. Area operacional

El Grupo tomó conocimiento de los documentos de trabajo preparados para este tema y reconoció que existe una tendencia inevitable hacia la

elevación de los costes de la atención médica, tendencia que deriva de los avances de las ciencias médicas y de una demanda cada vez más exigente en cantidad y en calidad. El problema de fondo que se plantea al respecto es que los servicios de alta calidad tienen al mismo tiempo un alto precio y muy difícilmente pueden ponerse a disposición de toda la comunidad por cuanto la falta de un sistema coordinado no permite, con las fuentes de financiamiento actualmente en uso, extender estos servicios en la proporción que sería menester.

El Grupo reconoció, sin embargo, que la nivelación de calidades es un factor indispensable para la coordinación de servicios. Esto se ha visto en forma muy evidente en el caso de los afiliados a las instituciones de seguridad social que no aceptan los servicios en hospitales pertenecientes a los Ministerios o a las Instituciones de Asistencia Social, cuando la calidad de estos servicios deja mucho que desear. En cambio, en aquellos países en que, con antelación a la creación del seguro social, existían redes de hospitales más o menos eficientes, el seguro no ha necesitado crear sus servicios propios y le ha resultado más conveniente otorgar sus prestaciones médicas por el método indirecto de contratación de servicios.

No obstante las dificultades prácticas que se presentan para el uso común de los establecimientos hospitalarios se reconoce que es en este campo en donde existen, por ahora, las oportunidades más inmediatas de coordinación. Se mencionaron tres mecanismos diferentes, por los cuales es posible la utilización común de servicios:

1. El uso de camas, pagando el precio por día-cama.
2. El arriendo de un piso o sector completo de un hospital; y
3. La contratación de servicios.

El Grupo se pronunció en favor de la contratación de servicios, por cuanto éste es el mecanismo que más se acerca a una estrecha coordinación técnica y administrativa. El menos recomendable es el arriendo de un sector completo que, con frecuencia, se traduce en el aislamiento físico de este sector y en su manejo administrativo con total independencia de la administración general del hospital.

Hubo consenso entre los miembros del Grupo de que el primer paso que lleva hacia la coordinación es el establecer buenas prácticas administrativas mediante normas de estandarización y métodos administrativos que permitan obtener la mejor utilización de los recursos disponibles. La prestación de servicios de la mejor calidad y de calidad uniforme en todas las áreas de los establecimientos hospitalarios, favorece su utilización conjunta. El Grupo estuvo de acuerdo también de que hay necesidad

de asegurar que se dé prioridad a la organización de servicios de atención médica ambulatoria, ya que ellos son menos costosos en términos de necesidades de capital como asimismo en costes de operaciones.

Se dejó constancia de que la capacidad instalada hospitalaria debe ser considerada como un bien común que pertenece al país y que debe beneficiar a todos los habitantes sin discriminaciones, independientemente de la institución propietaria del establecimiento. Los distintos servicios públicos están obligados a coordinarse y complementarse entre si, para lograr los supremos objetivos del Estado, que no son otros que el desarrollo de la nación y el bienestar de todos sus habitantes.

El funcionamiento de comités centrales inter-institucionales para uniformar los cuadros básicos, la provisión de medicamentos y la adquisición de equipos será de suma utilidad para favorecer el uso común de los servicios y su mejor aprovechamiento a menor coste.

A continuación se debatió ampliamente el problema de la producción químico-farmacéutica que frecuentemente es onerosa y no cumple con los requisitos mínimos que exige la técnica farmacéutica y la ética profesional. A este respecto, se consideraron las ventajas y desventajas de ciertos procedimientos que contribuyen a rebajar los costes y a poner a disposición de médicos y pacientes productos farmacéuticos que tengan plena garantía científica y que sean distribuidos con criterio social.

Se discutió también la influencia que tiene en los costes de la atención médica, las remuneraciones del personal y especialmente los sueldos y honorarios médicos. Se tomó conocimiento de los distintos sistemas temas de remuneración a los médicos y se reconoció que la forma como se retribuye el trabajo médico y de otros profesionales de la salud está generalmente en relación con el sistema por el cual se otorgan las prestaciones médicas. Se mencionaron los sistemas de pago por servicios prestados, por población asignada y por sueldo fijo y algunos expresaron su preferencia por este último sistema. Hubo consenso unánime de que los sistemas mixtos son los menos recomendables, porque no favorecen la identificación del médico con la institución empleadora y son fuente de dispendio de recursos.

El uso común de las facilidades implica la existencia de normas comunes de funcionamiento. Estas normas deben elaborarse por procedimientos bilaterales o multilaterales. Los requerimientos administrativos específicos de las prestaciones médicas del seguro social deberán tenerse en cuenta para su cumplimiento en los servicios integrados.

La conciencia de clase en la población asegurada, y su ausencia en el grupo beneficiario de la asistencia social, establece un grave escollo para asegurar el uso común de los servicios. Esta situación es contraria al espíritu de solidaridad en que se ha inspirado el establecimiento de los regímenes de seguridad social. Debe existir paridad de nivel en la calidad de las prestaciones para que exista coordinación y eso sólo se

puede hacer creando los mecanismos necesarios que proyecten la organización de los servicios hacia la excelencia. Se dijo, además, que se podría despertar interés en las personas que aún no están afiliadas a un servicio de seguridad social ofreciéndoles el incentivo de la alta calidad de los servicios prestados por este último.

Puesto que existen distintos medios ya en uso para la utilización conjunta de los servicios sería conveniente llevar a cabo estudios evaluativos de esos mecanismos para perfeccionar los que son susceptibles de mejoramiento y ensayar otros nuevos.

Se hizo hincapié en que la coordinación debe ser el resultado de un proceso de maduración en el cual las distintas instituciones, no obstante sus propias diferencias, convienen ciertos objetivos, renunciando y obligándose en aras de una finalidad común, cuyo logro no podría alcanzar cada uno de ellos separadamente.

El Grupo reconoció las siguientes fuentes de financiamiento de servicios de salud:

1. Gobierno que puede ser nacional o local, federal o estadual;
2. Institutos de seguridad social, que pueden generar bastante disponibilidades financieras y, además, dan origen a reservas en dinero que pueden ser invertidas en hospitales;
3. Empresas privadas industriales, mineras, agrícolas, etc;
4. Caridad y filantropía;
5. Cobros a los pacientes.

2. Area de inversiones

Los planes para construcción, ampliación, remodelación y mantenimiento de establecimientos de salud deben ser el resultado de un trabajo conjunto coordinado de las instituciones que prestan servicios de salud. Debe evitarse toda exageración en materia de adquisición de equipos costosos, y un buen servicio de mantenimiento debe asegurar la duración de equipos e instalaciones. Cuando un hospital dispone de determinados aparatos o instrumentos de alto coste debe procurarse que su uso sea compartido con otros establecimientos cercanos a fin de evitar duplicaciones y favorecer la coordinación entre ellos.

La coordinación para el financiamiento de un programa de construcciones hospitalarias y de otros establecimientos de salud debe producirse al más alto nivel administrativo y político y debe propender a justificar diferentes áreas de coordinación en el financiamiento. Las instituciones que más frecuentemente se pueden coordinar son el gobierno central y las instituciones de seguridad social, pero en otras oportunidades a través de convenios locales con universidades o con instituciones de asistencia social u otros, es posible que el seguro social contribuya en forma efectiva a canalizar sus recursos en favor de la realización de un programa de construcciones hospitalarias que beneficie a toda la comunidad.

En el curso del debate se presentaron para conocimiento del Grupo una serie de experiencias nacionales dirigidas a canalizar recursos financieros internos hacia un programa de construcción de hospitales y otros servicios de salud.

El Grupo estuvo de acuerdo en recomendar que se establezca a nivel nacional un fondo común hacia el cual se canalicen las disponibilidades de todas las instituciones nacionales interesadas en los programas de atención médicas existentes en el país. Debe obtenerse el más amplio respaldo legal para este tipo de mecanismo y se debe propiciar la participación en él no sólo de las instituciones públicas y de la seguridad social sino que también de las empresas privadas que tienen interés en la protección de la salud de sus trabajadores. El fondo así constituido debe ser manejado por una comisión técnica estrechamente ligada a la política de salud del gobierno y que tenga autoridad legal para aplicar el plan, establecer prioridades y llevar a cabo la función financiera a fin de poner en marcha el programa de construcciones hospitalarias.

El Grupo tomó conocimiento de la existencia de crédito internacional, público y privado que podría movilizarse en favor de las construcciones de salud. Sin embargo, es evidente que estos fondos tienen prioridad para proyectos económicos de carácter industrial y agrícola y que sólo por excepción se destinan a obras del sector social.

El Grupo fue informado de la Recomendación Especial de la Reunión de Ministros de Salud de Buenos Aires sobre la creación de un fondo interamericano de salud, administrado por la OSP y que conceda préstamos para construcciones de hospitales y otros centros de salud.

El Grupo fue informado que las próximas Discusiones Técnicas del Consejo Directivo estarán destinadas al tema "Financiamiento del Sector Salud" y el documento básico que servirá de guía para las discusiones está siendo preparado por una economista del Comité Permanente Inter-Americano la Seguridad Social, que ha sido puesta a la disposición de la OSP por algunas semanas con este objeto. Se dió a conocer en términos generales la orientación y contenido que tendrá este documento.

Finalmente el Grupo de Estudio presto su aprobación a las siguientes Recomendaciones:

RECOMENDACIONES

1. Que la coordinación institucional debe iniciarse en la etapa de formulación de la política de salud, de tal manera que las instituciones de seguridad social, las facultades de medicina, las asociaciones profesionales y otros organismos relacionados con las prestaciones de salud se sientan desde el inicio comprometidos para la ejecución de la política aprobada en igual medida que los Ministerios de Salud.
2. Que se constituyan consejos o comisiones de salud al más alto nivel administrativos y político y con la autoridad legal suficiente para asesorar al Ministerio de Salud en la articulación de una política de salud y en la coordinación administrativa al nivel operacional.
3. Que se establezcan comités inter-institucionales para el estudio de problemas específicos de salud y, muy especialmente, un comité de formación profesional, con participación de las facultades de medicina.
4. Que para ofrecer la pluralidad de servicios de carácter preventivo, curativo y social necesarios para mantener la salud y, considerando el alto coste que han alcanzado las prestaciones de salud, no es posible esperar de momento que una sola institución u organismo esté en condiciones de financiarlos en su totalidad, y de ahí que sea necesario recurrir a un financiamiento multilateral y a una administración coordinada bajo un sistema nacional de salud.
5. Que se debe tratar de elevar la calidad de las prestaciones, uniformando los procedimientos de algunas áreas de servicio, ya que las desigualdades extremas constituyen un obstáculo para la coordinación. Un mecanismo de acreditación de hospitales, tanto en sus funciones asistenciales como docentes, podría ser útil en este sentido.
6. Que los hospitales docentes deben formar parte de un sistema coordinado de servicios de salud y participar activamente en el otorgamiento de prestaciones a la comunidad al mismo tiempo que debe ofrecer sus servicios especializados para llevar a efecto investigaciones operacionales y de comunidad.
7. Que es importante incorporar al proceso docente a hospitales y otros establecimientos de salud pertenecientes a los ministerios, a la seguridad social y a la asistencia social pública y privada, lo que tiene la ventaja de que los estudiantes se pongan en contacto, en una etapa temprana, con los problemas médico-sociales y epidemiológicos del hogar y de la comunidad.

8. Que la función primaria de las Escuelas de Medicina debería ser la formación de un médico general, cuyos rasgos propios son los siguientes:

1. Conocimiento preciso de los problemas de salud del país y de los recursos existentes para solucionarlos.
2. La orientación y capacidad necesarias para ejercer su acción en el campo de la salud pública y de la medicina preventiva.
3. La suficiente preparación para abordar los problemas de salud de una población en desarrollo.
4. Ser susceptibles de incorporarse al ejercicio de la medicina institucional y capaz de trabajar en equipo con otros profesionales ajenos a la medicina, y
5. Tener condiciones de líder para dirigir a los componentes del equipo de salud y para organizar a los miembros de la comunidad, en beneficio de una salud positiva.

9. Que la formación de pregrado debe incluir elementos básicos de administración de salud y de seguridad social debiendo ser completada con educación continuada de graduados.

10. Que se debe organizar y reforzar el adiestramiento conjunto de personal en servicio, con un amplio contenido de medicina integral, en lo posible bajo la responsabilidad de las escuelas de salud pública o de los departamentos docentes de los servicios de salud o de las instituciones de seguridad social.

11. Que se debe propiciar la contratación de servicios hospitalarios entre instituciones, por cuanto éste es el mecanismo que más se acerca a una estrecha coordinación, siempre que se mantenga la unidad técnica y administrativa del establecimiento.

12. Que se establezcan buenas prácticas administrativas mediante normas de estandarización y métodos administrativos que permitan obtener la mejor utilización de los recursos disponibles como primer paso hacia la coordinación y como medio de alcanzar mayor productividad de los servicios.

13. Que hay que propiciar el desarrollo de los servicios ambulatorios y a domicilio que consumen menos fondos de capital y cuya operación es menos onerosa.

14. Que el financiamiento de los gastos de operación de servicios de salud debe ser multilateral y que las instituciones participantes, no obstante sus diferencias, deben convenir en ciertos objetivos, renunciaciones y obligaciones en aras de una finalidad común, que es el otorgar prestaciones integrales de salud, de calidad satisfactoria a un sector tan amplio como sea posible de la población y cuyo financiamiento sea compatible con los recursos disponibles.

15. Que se establezca, a nivel nacional, un fondo común de inversiones hacia el cual se canalicen las disponibilidades de todas las instituciones interesadas en los programas de atención médica. El fondo así constituido debe ser manejado por una comisión técnica estrechamente ligada a la política de salud del gobierno y con autoridad para poner en marcha el programa de construcciones hospitalarias, dentro del marco del plan nacional de salud, cuando exista.

* * *

En la sesión de clausura, el Dr. Alfredo Leonardo Bravo, agradeció, en nombre del Director de la OSP, la colaboración prestada por la OEA en la organización de esta reunión. Agradeció, igualmente, a todos y cada uno de los miembros del Grupo de Estudio su participación siempre elevada a ilustrada que permitió llegar a conclusiones que serán indudablemente de gran utilidad para los países del Continente que deseen establecer un sistema de coordinación de servicios de salud.

A continuación, el Sr. Beryl Frank agradeció la hospitalidad ofrecida por la OSP a este Grupo y destacó la ya larga trayectoria de cooperación entre la OEA y la OSP en el campo de la atención médica.

En nombre de los miembros del Grupo, el Presidente, Dr. Guillermo Arbona, agradeció a las instituciones patrocinantes la oportunidad que se brindó a los miembros del Grupo para reunirse y discutir problemas que son candentes en las administraciones nacionales de salud en el momento actual.

El Dr. Cuccodoro hizo presente que la OIT estaba muy complacida de los resultados de la reunión, ya que sus conclusiones justifican ampliamente la nueva política adoptada por la OIT en el campo de la atención médica.

El Dr. Lechuga, hablando en nombre de la AISS y del CISS se asoció al aplauso unánime que merecen las instituciones organizadoras de esta reunión destacando que la sola presencia de observadores de varias organizaciones no gubernamentales interesadas en el tema es prueba de una actitud nueva de cooperación inter-institucional que augura una etapa más promisoriosa en la provisión de servicios de salud.

Se clausuró la reunión siendo las 5:50 p.m. del día 8 de agosto de 1969.

LISTA DE PARTICIPANTES*

Dr. Guillermo Arbona
Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad de Puerto Rico
Escuela de Medicina
San Juan, Puerto Rico

Dr. Andrés Bello
Director General de Servicios Integrados de Salud
Ministerio de Salud
Lima, Perú

Dr. Carlos Campillo Sainz
Director
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
México, D.F., México

Dr. Angel S. Chan Aquino
Representante Gubernamental ante el Consejo Directivo
del Instituto Dominicano de Seguros Sociales
Santo Domingo, República Dominicana

Dr. Adolfo De Francisco Zea
Director
Instituto Colombiano de Seguros Sociales
Bogotá, Colombia

Dr. Manoel Ferreira
Ministerio de Salud
Rio de Janeiro, GB, Brasil

Dr. Alejandro Jimenez Arango
Asistente de la Dirección General
Instituto Colombiano de Seguros Sociales
Bogotá, Colombia

Dr. Rubens Maciel
Profesor de Medicina Interna
Facultad de Medicina
Universidad Federal de Río Grande do Sul
Porto Alegre, RS - Brasil

*Además fue invitado el Lic. G. Aldo Olivero, Secretario Coordinador del Plan Nacional de Salud del Brasil, quién pudo asistir sólo a una parte de las sesiones.

Dr. Alberto L. Mondet
Subsecretario de Estado de Salud Pública
Secretaría de Estado de Salud Pública
Buenos Aires, Argentina

Dr. Gastón Novelo
Jefe del Departamento de Asuntos Internacionales
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F., México

Dr. Daniel Orellana
Jefe de la Oficina de Salud Pública Internacional
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Caracas, Venezuela

Dr. Milton I. Roemer
Profesor de Salud Pública
Escuela de Salud Pública
Universidad de California
Los Angeles, California

Dr. Félix Rojas Martínez
Director Médico-Asistencial
Instituto Venezolano del Seguro Social
Caracas, Venezuela

Dr. Joseph Willard
Vice-Ministro de Bienestar Nacional
Departamento de Salud y Bienestar Nacional
Ottawa 3, Ontario, Canada

SECRETARIADO

Dr. Alfredo Leonardo Bravo (Secretario)
Jefe, Departamento de Administración de
Servicios de Atención Médica, OSP

Sr. Beryl Frank (Secretario)
Jefe, Programas de Seguridad Social
Depto. de Asuntos Sociales, OEA

Dr. Jorge Andrade
Depto. de Desarrollo de Recursos
Humanos, OSP

Dr. Juan José Barrenechea
Depto. de Servicios Técnicos
Especiales, OSP

Dr. Manuel A. Bobenrieth
Departamento de Administración de
Servicios de Atención Médica, OSP.

Dr. Carlos Dávila
Depto. de Administración de Servicios
de Atención Médica, OSP

Dr. José L. Garcia Gutiérrez
Jefe, Departamento de Servicios
Técnicos Especiales, OSP

Dr. Alberto Lari
Depto. de Servicios de Salud, OSP

Lic. Lucila Leal de Araujo
Depto. de Servicios Técnicos
Especiales, OSP

Dr. Hernando Pérez Montas
Depto. de Asuntos Sociales, OEA

OBSERVADORES

Dr. Camilo Cuccodoro
Oficina Internacional del Trabajo
Grupo Regional de Seguridad Social
Lima, Perú

Dr. César Lechuga
Asociación Internacional de la
Seguridad Social, Ginebra, Suiza
Comité Permanente Interamericano de
Seguridad Social, México

Dr. Luis Manuel Manzanilla
Federación Panamericana de Asociaciones
de Facultades (Escuelas) de Medicina
Bogotá, Colombia

AGENDA

1. Coordinación en la ejecución de una política de salud
 - 1.1 Articulación institucional a nivel nacional
 - 1.2 Participación de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social, la asistencia social y las Facultades de Medicina
 - 1.3 Comisiones de coordinación y comités de estudio para problemas específicos
 - 1.4 Los sistemas nacionales de salud
 - 1.4.1 Cobertura de la población
 - 1.4.2 Seguro de salud
 - 1.4.3 Sistemas de organización de las prestaciones médicas
 - 1.4.4 El problema de la atención médica rural
2. Coordinación en el otorgamiento de las prestaciones de salud
 - 2.1 Utilización y productividad de los recursos
 - 2.1.1 Mejoramiento de la organización y métodos administrativos en los hospitales
 - 2.1.2 Archivos médicos, historias clínicas y estadísticas hospitalarias
 - 2.1.3 Elevación de la calidad de las prestaciones médicas
 - 2.1.4 Acreditación hospitalaria
 - 2.2 Regionalización de los servicios
 - 2.2.1 Delegación de autoridad del nivel nacional al nivel regional
 - 2.2.2 Relaciones entre hospitales y servicios periféricos (Flujo de personal, equipos y pacientes)
 - 2.2.3 Participación de los médicos clínicos en problemas de medicina preventiva y social de la comunidad y en la administración de los programas locales de salud

2.3 Los programas integrados de salud

2.3.1 Descripción de las actividades integradas

2.3.2 Participación de los hospitales docentes en los programas integrados de salud

2.3.3 Incorporación de los establecimientos privados a los programas integrados de salud

2.3.4 Integración de actividades preventivas y curativas a nivel local

3. Coordinación en el desarrollo de recursos humanos

3.1 Planificación de desarrollo de recursos humanos, por los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y las instituciones encargadas de la formación de personal de salud

3.2 Adecuación de los planes de estudio de las Facultades de Medicina, tanto en pregrado como en postgrado, a las características del personal necesario para las prestaciones de salud dentro de un programa integrado

3.3 Cooperación de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social, en la expansión de los recursos docentes, a fin de satisfacer la demanda de profesionales

3.4 Participación del personal médico-asistencial en el proceso docente de pre y postgrado

3.5 Adiestramiento conjunto del personal en servicio

4. Coordinación en el financiamiento

4.1 Area operacional

4.1.1 Gasto médico y costes hospitalarios (remuneraciones, medicamentos, gastos generales, etc.)

4.1.2 Financiamiento multilateral (sector público fiscal, sector público descentralizado, sector privado)

4.2 Area de inversiones

4.2.1 Programa de construcciones, habilitación y mantenimiento de hospitales y servicios médicos periféricos

4.2.2 Remodelación y adaptación de establecimientos de salud

4.2.3 Movilización de recursos nacionales e internacionales