

## Viernes 3 de Septiembre

### SESION 13

12:30 – 14:00

### Información y gestión en salud

#### La diffusion d'information sur la performance pour soutenir l'amélioration continue dans les organisations de santé.

Marc Lemire, Université de Montréal y Olivier Demers-Payette, Québec.

[olivier.demers-payette@umontreal.ca](mailto:olivier.demers-payette@umontreal.ca)

#### Résumé

**Objectif:** Partager les résultats d'une revue systématique de la littérature permettant de cerner les facteurs et processus favorables associés aux interventions qui visent la diffusion d'information sur la performance en vue de soutenir l'amélioration continue dans les organisations de santé.

**Contexte/problème :** La diffusion d'information sur la performance auprès de différents destinataires donne lieu à des résultats mitigés en termes d'utilisation et d'effets, selon toutes les revues de littérature publiées. Aucune revue n'a encore cherché à examiner les facteurs et processus expliquant les résultats associés aux interventions conçues pour soutenir l'amélioration continue ou de la qualité dans les organisations de santé.

**Méthode et données:** Les auteurs ont systématiquement recherché la littérature anglaise et française indexée dans Web of Science, Current Contents, EMBASE et MEDLINE (entre 1980 et 2008). Les études descriptives et analytiques, à la fois qualitatives et quantitatives, ont été recueillies de même que les revues de littérature déjà publiées. Les articles professionnels et d'opinion ont été regroupés dans un corpus secondaire pour éclairer, si pertinents, les résultats du corpus principal. Les interventions comportant un objectif d'amélioration continue ou de la qualité et une diffusion de l'information au niveau organisationnel ont été privilégiées. Au total, 181 articles ont été retenus et de ce nombre, 97 (54%) forment le corpus principal. Un cadre conceptuel dérivé du courant de recherche sur le transfert et l'échange de connaissances (KTE) a servi au classement et à l'analyse des résultats.

**Résultats et discussion:** La littérature consacrée exclusivement à la diffusion d'information au niveau organisationnel est limitée, de même que les recherches menées dans un contexte de régulation centralisé comme au Canada. Les résultats indiquent que la stratégie de diffusion doit agir sur les connaissances et les attitudes des acteurs qui sont les mieux placés pour générer et orienter des initiatives d'amélioration. Le partage d'un but ultime commun parmi les parties prenantes constitue un facteur primordial, de même que la cohérence entre l'intervention de diffusion, le contexte systémique et l'environnement organisationnel des utilisateurs ciblés. La question des incitatifs appropriés demeure ouverte.

**Thème de discussion additionnel :** Favoriser l'utilisation tout en limitant les conséquences inattendues et indésirables de la diffusion d'information sur la performance.

#### Sistemas de salud basados en evidencias científicas (SSBE): la necesidad de un esfuerzo colectivo para materializar esta práctica.

Daniel Henao, Universidade Federal Fluminense, Brasil. [foucolt19@gmail.com](mailto:foucolt19@gmail.com)

#### Resumo

**Objetivo:** Establecer posibles puntos de intervención para mejorar la implementación de la práctica de SSBE, a través de la identificación de los obstáculos frecuentemente encontrados en los diversos sectores sociales involucrados en su ejecución.

**Contexto:** Los sistemas de salud como respuesta social organizada deben involucrar a la mayor parte de actores para su desenvolvimiento. Así pues para que la eficiencia y eficacia de la propuesta de SSBE se vea materializada debe tenerse en cuenta la mayoría de escenarios posibles donde se lleva a cabo. En cada uno de estos escenarios es indispensable conocer sus dinámicas operacionales para identificar los eventuales obstáculos que tendría la implementación de esta propuesta y en consecuencia proponer estrategias para optimizar su aplicación.

**Modelos:** Se desarrolló un modelo operacional para tratar de identificar las principales organizaciones involucradas en el diseño, formulación, implementación y evaluación de los sistemas de salud. De igual forma se realizó una revisión bibliográfica priorizando la identificación de: (i) las dinámicas tradicionales de estas organizaciones, (ii) los eventuales obstáculos para la implementación de la práctica de SSBE y (iii) las diversas estrategias llevadas a cabo para superar dichos obstáculos.

**Resultados:** Se identificó un modelo operacional con cuatro organizaciones fundamentales. Los generadores de conocimiento (academia), los realizadores de las formas operativas del sistema (política), las instituciones prestadoras de salud (sanitaria) y los usuarios (comunidad). Se encontró que en la academia, en muchos casos, los proyectos de generación de conocimiento no están en concordancia con las necesidades sanitarias del contexto donde se desarrollan. Para la política se encontró que los intereses económicos están por encima de los intereses sociales, esto particularmente importante para países en desarrollo (Colombia, Chile). En las organizaciones sanitarias se diluyó la resistencia del cuerpo médico por incorporar prácticas clínicas basadas en evidencias (Por ejemplo: uso de sulfato de magnesio para prevenir complicaciones como la Eclampsia o la práctica diseminada de episiotomía en la atención del parto). Y finalmente el desconocimiento y la exclusión de la comunidad en el diseño de los sistemas de salud.

**Conclusiones:** Los sistemas de salud son una importante herramienta para contener las principales contingencias de salud. Y la SSBE una valiosa propuesta para mejorar la eficiencia y eficacia de los mismos. Empero su implementación presenta serios obstáculos en cada una de las organizaciones que integran los sistemas de salud.

Finalmente, la integración y el esfuerzo colectivo de estas organizaciones serán garantes del éxito o fracaso de la propuesta de SSBE.

**Temas a discutir:** 1. Sistemas de salud basados en evidencia, 2. Conveniencia de la incorporación de la evidencia científica en el diseño de los sistemas de salud, 3. Obstáculos para la implementación de este modelo, 4. Estrategias de intervención comportamentales multifacéticas para superar estos obstáculos, 5. Estrategias colectivas y redes de integración y apoyo entre las organizaciones sociales responsables de diseñar e implementar los sistemas de salud.

### **Propuesta metodológica para la caracterización y diagnóstico del nivel de integración de una red de servicios de salud y diseño de la Hoja de Ruta para la Integración. La experiencia Ecuatoriana.**

*Pedro López Puig, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, Laura B. Ramírez León, Cuba y Ecuador, [plp@ensap.sld.cu](mailto:plp@ensap.sld.cu)*

#### **Resumen**

##### **Objetivos:**

1. Proponer una metodología que permita caracterizar las redes de servicios de salud en el contexto latinoamericano e identificar el momento de integración en que se encuentra una red de servicios de prestadores múltiples.
2. Presentar una propuesta para la construcción de la hoja de ruta para la integración de las redes de servicios en el marco de sistemas de prestadores múltiples.
3. Dar a conocer los resultados del trabajo realizado en la República del Ecuador entre enero del 2009 y marzo del 2010.

##### **Contexto y descripción del problema:**

Existen múltiples instancias de compromisos internacionales no-vinculantes que enfatizan la necesidad de combatir la fragmentación de los servicios de salud y de avanzar hacia la entrega de cuidados integrales a la salud para todos los habitantes de la Región; entre ellas se pueden destacar: el artículo VII de la Declaración de Alma-Ata (1978), el artículo III de la Declaración de Montevideo sobre la Renovación de la APS en las Américas (2005), el párrafo 49 de La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017 (2007) y el párrafo 6 del Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud (2007).

En respuesta al desafío de la fragmentación de los servicios de salud y a los mandatos señalados anteriormente, la OPS/OMS está desarrollando la “*Iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud*” con el propósito de contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

La OPS/OMS considera que las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud,

contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros.

#### **Teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados.**

Las bases teóricas para la realización de este trabajo se encuentran en la Teoría de Sistemas, la Planificación Estratégica, el Cuadro de Mando como herramienta de la planificación, un amplio marco conceptual sobre RISS, la CD-2009. Resolución 49-R.22 y CD 2009. Doc-49-16-RISS; sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Se debe remarcar interés del Ministerio de Salud Pública y la Representación OPS del Ecuador en llevar adelante proyectos que generen soluciones a los problemas detectados.

Para cumplimentar los objetivos planteados se crearon instrumentos ad hoc con los que se realizó la caracterización y medición del nivel de integración de las redes de servicios de salud entre los prestadores públicos del Ecuador y se usaron técnicas participativas para la construcción de la Hoja de Ruta para la integración.

#### **Resultados y la discusión sobre lo expuesto:**

1. Caracterización y diagnóstico de la integración de la red de servicios de salud de los prestadores públicos en las regiones 1 y 7 del Ecuador.
2. Hoja de Ruta para la integración de la red de servicios de salud de los prestadores públicos del Ecuador.
3. Hoja de Ruta para la integración de la red de servicios de salud en las regiones 1 y 7 del Ecuador.

#### **Incapacidad laboral transitoria por depresión: la importancia de conocer los costes directos e indirectos.**

*Núria Sabaté, Institut Català de la Salut, Carlos Civit Llor, Isabel Plaza Espuña y Rafael Ruiz Riera. Institut Català de la Salut, España. [nsabate.bcn.ics@gencat.cat](mailto:nsabate.bcn.ics@gencat.cat)*

**Objetivo:** Describir: a) la edad y género de pacientes atendidos en Atención Primaria con alguna Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) por depresión; b) las estrategias farmacológicas utilizadas durante el periodo de ILT y su duración; c) Estimar los costes directos (medicación, visitas AP) e indirectos (pérdidas de productividad)

**Contexto:** La depresión es una enfermedad incapacitante con consecuencias que pueden ser muy graves y con impacto económico elevado. La OMS la considera la primera enfermedad mental con mayores costes.

El diagnóstico de depresión y el consumo de fármacos antidepresivos se incrementa cada año y paralelamente las ILT.

**Material y método:** Diseño: Estudio observacional retrospectivo de la historia clínica informatizada de los pacientes con ILT por depresión atendidos en el Servicio de Atención Primaria Dreta de Barcelona, que tiene asignadas 286.981 personas. Criterios de inclusión: al menos una ILT por depresión en los años 2006 y 2007 y fecha de alta de la ILT anterior a 31 de diciembre de 2007. Se han excluido los atendidos en atención especializada.

**Resultados:** Sobre las 286.981 personas, 1.868 (0,65%) pacientes causaron al menos una ILT por depresión en el periodo de estudio

Considerando una prevalencia de la depresión del 4,4% (12.627 personas), el porcentaje de pacientes con depresión que sufre alguna ILT sería del 14,8%

La edad fue de 42,9 años (IC95% 42,4 – 43,4) y su distribución por grupos de edad: <30 años: 14,1%; 30-45 años: 41,0%; >45 años: 44,5%

El 65,5% fueron mujeres (edad: 42,7) y el 34,5% hombres (edad: 43,5)

Estrategia farmacológica: Al 18,7% de los pacientes no se le prescribió ningún psicofármaco; al 18,0% se les prescribió un único principio activo, al 28,3% se le prescribieron 2 y al 35,0% más de 3.

Los pacientes tratados sólo con ansiolíticos o sólo con antidepresivos tuvieron una duración del tratamiento inferior al del resto al del resto de pacientes (485 y 573 días respectivamente).

Los tratados con antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos tuvieron mayor duración del tratamiento (2.598 días) que el resto.

Los recursos sanitarios y no sanitarios analizados (psicofármacos, visitas AP, días de baja), mostraron un coste medio por paciente de 12.115€. Los costes por pérdidas de productividad laboral representaron el 93,10%, el 5,7% el coste de los psicofármacos y el 1,2% coste visitas

**Discusión:** El 50,5% de pacientes están tratados con AD y ansiolíticos. De los tratados con AD, dos tercios utilizaron un solo antidepresivo. El uso de ansiolíticos es muy elevado. El 80,5% de los pacientes tratados con AD toman ansiolíticos

Los pacientes con más tratamientos tienen mayor edad, mayor proporción de mujeres, mayor duración de las ILT y representan un coste más elevado

Los costes de la atención médica representan un porcentaje muy bajo del coste total; las estrategias terapéuticas para reducir la duración de las bajas generarán ahorros importantes para la sociedad.

## **SESION 14**

**12:30 – 14:00**

### **Actores de los servicios de salud**

#### **Perspectivas, significados y prácticas de los profesionales de la salud sobre la donación y el trasplante de órganos. Un estudio cualitativo participativo en México.**

*César Padilla Altamira, Universidad de Guadalajara, Francisco J. Mercado Martínez, Blanca Díaz Medina, Rodolfo Morán González, Juan Riebeling y Irene Córdoba, México.*  
[das.zehzar@gmail.com](mailto:das.zehzar@gmail.com)

#### *Resumen*

**El problema:** La donación y el trasplante de órganos se han convertido en una prioridad de los servicios de salud en países de ingresos medios y altos. Numerosos estudios existen sobre las percepciones, experiencias y prácticas de los profesionales de la salud en torno a la donación y los trasplantes. Sin embargo, el tema ha recibido poca atención en latinoamericana, a pesar de la fuerte tradición en trasplantes en Argentina, Brasil y México.

**Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo explorar las perspectivas, los significados y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos.

**Metodología:** Un estudio cualitativo participativo se lleva a cabo en hospitales públicos y privados de Jalisco (México) donde se realizan donaciones y trasplantes de órganos y tejidos. Personal de salud es invitado a participar en el estudio. Mediante un muestreo teórico se invita a participar a personal: directivo, del equipo de trasplantes, del equipo de donación, personal directamente involucrado (internistas, neurólogos, enfermeras, etc.) y personal no sanitario. Un investigador con experiencia está a cargo de entrevistas semi-estructuradas y la observación. Los datos obtenidos se trabajan mediante análisis crítico del discurso para develar los significados en juego, las prácticas y las relaciones entre los diferentes actores.

**Resultados:** Entre los hallazgos destaca la contraposición entre el mundo de la donación y de los trasplantes, de los hospitales públicos y de los privados, así como discursos opuestos basados en cuestiones de género, profesión y de poder. Además, factores estructurales e institucionales inciden negativamente en la labor los coordinadores de donación.

#### **Introduire la perspective du patient ou du public dans l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ETMIS) au niveau local: le point de vue des décideurs.**

*Marie-Pierre Gagnon, Centre de recherche du CHUQ, Marie Desmartis, Dolorès Lepage-Savary, Renald Lemieux, Marc Rhainds, Johanne Gagnon, Michèle St-Pierre, François-Pierre Gauvin, Amélie Trépanier y France Légaré, Québec.* [Marie-Pierre.Gagnon@fsi.ulaval.ca](mailto:Marie-Pierre.Gagnon@fsi.ulaval.ca)

#### *Résumé*

**Objectif de la recherche :** Explorer les points de vue et perceptions des principaux décideurs (gestionnaires, producteurs d'ETMIS) concernant l'introduction de la perspective des patients dans les diverses activités des Unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS).

**Contexte et description du problème :** Des UETMIS ont été implantées dans les hôpitaux universitaires du Québec afin de mieux répondre aux besoins des gestionnaires au niveau local. La création de ces UETMIS représente une opportunité pour les décideurs de favoriser une prise en compte accrue de la perspective des patients dans les décisions concernant les technologies de

santé et les interventions cliniques. Un projet multifacettes a été développé ayant pour but d'explorer comment la perspective du patient pourrait être introduite dans la structure et les activités des UETMIS.

**Méthodes, modèles et matériaux utilisés :** Réalisation d'une vingtaine d'entrevues auprès du personnel des UETMIS du Québec et de questionnaires d'hôpitaux afin d'explorer la façon dont la perspective des patients (ou du public) était considérée actuellement dans leurs activités, leurs perceptions concernant les stratégies efficaces pour favoriser cette implication des patients, le type d'implication souhaité, ainsi que les barrières et facilitateurs. Les entrevues, d'une durée moyenne d'une heure, ont été enregistrées. Le contenu a été transcrit verbatim et une analyse thématique du contenu a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo.

**Résultats et discussion :** L'étude étant en cours, les résultats sont préliminaires. Les producteurs d'ETMIS et questionnaires d'hôpitaux partagent la volonté d'aller vers une plus grande prise en compte de la perspective du patient dans leurs activités. Or, ils soulignent le besoin de développer une démarche bien structurée pour introduire cette perspective afin qu'il y ait vraiment une valeur ajoutée à l'évaluation des technologies. Certaines expériences terrain positives impliquant des patients ont cependant été réalisées dans les hôpitaux et peuvent nous inspirer. Les résultats de cette étude seront combinés avec ceux d'une revue systématique de la littérature pour proposer un cadre de référence qui fera l'objet d'une séance de délibération impliquant les membres de l'équipe de recherche, différents collaborateurs et des représentants des patients. On espère que ce cadre de référence favorisant le développement d'une approche centrée sur les patients répondra aux attentes des décideurs des UETMIS.

### **Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de política pública.**

José Manuel Rangel Esquivel, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.  
[josemre@gmail.com](mailto:josemre@gmail.com)

#### *Resumen*

La presente comunicación, expone parte de los resultados del trabajo de investigación de tesis doctoral, la cual mediante aproximaciones cualitativas, como son entrevistas a profundidad y observación participante, en las sujetos participantes y no participantes directas de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular* que habitan en un sector urbano en situación de pobreza del municipio de El Salto, Jalisco, México, infiere sus representaciones sociales acerca del proceso salud/enfermedad/atención que cada uno de los casos ha tenido en sus diferentes etapas y curso de vida, para establecer vínculos con la política pública en materia de salud. Torres (2002) expresa que las representaciones sobre un padecimiento crónico comprenden cómo estos procesos fueron contruidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones.

La importancia de realizar este trabajo, mediante el análisis de lo que las mujeres reconstruyen socialmente de su 'conducta frente al padecimiento' (Osorio, 2001), en los distintos ámbitos socioeconómicos, políticos, culturales, ambientales en que han vivido su trayectoria de enfermedad/atención: cómo perciben y reconocen los malestares, detectan síntomas, establecen diagnósticos posibles, asocian causas, toman algunas decisiones y proceden en concordancia, brindando atención y/o cuidado, pero también buscan en otras instancias curativas (públicas y/o privadas), vinculadas o no a las instituciones de salud pública adscritas a los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*.

Uno de los principales logros al acceder a esta reconstrucción del proceso, visto desde los actores sociales, como son las participantes, las no participantes directas y especialistas en salud, es que permiten analizar las construcciones socioculturales de los padecimientos como resultado de las formas en que se conciben, se experimentan y se enfrentan los procesos de salud/enfermedad/atención (Osorio, 2001), y a la vez, vincularse con el análisis de la política pública en materia de salud, para vislumbrar si se están considerando aspectos cualitativos de este tipo en su implementación, pues actualmente los programas sociales pueden considerarse incompletos si no incorporan a los sujetos activos, es decir, su discurso y las prácticas que implementan para acceder a un estadio de salud.

*Temas a discutir:* programas sociales en materia de salud en México; representaciones sociales; proceso salud/enfermedad/atención.



## Dérives éthiques affectant les systèmes de santé liés au risque de pollution atmosphérique: disparition du sanitaire.

Nicolas Ségerie, Laboratoire Pluridisciplinaire Giordano Bruno, Simone Melbi, France

### Résumé

**Objectif de recherche:** A partir de quelques cas significatifs de gestion et prévention concernant le risque lié à la pollution atmosphérique, sur plusieurs continents, nous nous proposerons d'analyser les pratiques, les enjeux et leurs impacts pour traiter cette problématique de santé publique en identifiant les priorités sanitaires et économiques.

**Contexte et problème :** Dans l'histoire de l'anthropisation de la planète, des pôles urbains ou industriels se sont développés ; qui ont, en fonction des enjeux locaux d'abord, puis ensuite en fonction des réglementations nationales ou internationales, dépendantes d'enjeux spécifiques, ont cherché à organiser la lutte contre ce fléau multiforme qu'est la pollution atmosphérique avec des réussites mais aussi des dérives, occasionnant autant de freins, objets de cette étude.

**Méthodes :** Les cités qui ont été confrontées à des nuisances ou de vives mortalités liées à la pollution atmosphérique ont agi, selon les cas, avec des stratégies à buts sanitaires très variables. En analysant leurs prises en compte conceptuelles, leurs processus urbanistiques et politiques sur le secteur environnemental tout en focalisant sur le plan sanitaire, nous établirons des distinctions quant aux finalités et aux stratégies des principaux acteurs pouvant agir sur les systèmes en place, supposés de santé. Avec une base d'information bibliographique (gestionnaire, juridique, politique), météorologique, sanitaire (épidémiologique et toxicologique) et des échantillons médiatiques et en s'appuyant sur des méthodes d'analyse stratégique (sociologies des acteurs et des organisations), la médiologie (plan multimédia inversé, sémiologie), des écoles climatiques ou géographiques (météorologique ou climatologie concrète), nous pourrions établir quels peuvent être les mécanismes principaux et les enjeux réels à l'œuvre et les acteurs les plus impliqués et les plus efficaces.

**Résultats et discussion :** Nous passerons en revue des cas a priori comme Londres, Lyon, Paris, Athènes, Houston, Los Angeles, Denver, Montréal, Curitiba, Santiago, Cotonou, Abidjan, Tunis, Bhopal, Beyrouth, Shanghai, Pékin, Mexico... La comparaison des pratiques de prévention et de gestion fera émerger des convergences d'échelle mondiale, mais avec des différences tactiques sur le plan local. Quelle que soit l'échelle, sera démontrée la présence d'enjeux altérant l'efficacité sanitaire... Depuis les premières cités industrielles au XVIII<sup>ème</sup> siècle jusqu'au scandale du Climate Gate au sommet de Copenhague de décembre 2009, l'étude permettra de rendre compte de la force de divers mécanismes qui influent sur la gestion et les décisions de réglementation environnementale pour reléguer au second plan les politiques de santé publique. Des constantes sembleront se dégager, faiblement dépendantes de la région, du développement ou de la taille des agglomérations considérées.

### SESSION 15

12:30 – 14:00

### Condiciones de trabajo en salud

## Construindo a qualificação profissional dos ACS: o seminário “A Luta pelo reconhecimento e pela regulamentação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde no contexto nacional e da legislação vigente”

Márcia Lopes, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Anna Violeta Durão, Mariana Nogueira, Vera Joana Bornstein y Valeria Carvalho, Brasil, [mlopes@fiocruz.br](mailto:mlopes@fiocruz.br)

### Resumo

Considera-se que qualificação profissional não se resume à formação profissional, mas é processo e produto decorrente da relação social que o próprio trabalho engendra derivada por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os empregos, os indivíduos e suas capacidades. Neste sentido, a Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ organizou, juntamente com a Associação Municipal de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (AMACS), o Seminário “Luta pelo reconhecimento e pela regulamentação do trabalho do ACS no contexto nacional e da legislação vigente” com o objetivo de contribuir para a elaboração

de estratégias de fortalecimento do movimento dos ACS do município do Rio de Janeiro (RJ) por meio da discussão sobre a organização nacional da categoria, o processo de regulamentação da profissão e a legislação vigente. O seminário contou com a participação de ACS de todas as áreas programáticas do município. Foram realizados grupos de trabalho e mesas-redondas. Os grupos foram coordenados por diretores da AMACS e por relatores que registraram as discussões que emergiram a partir de um roteiro pré-elaborado. As mesas redondas abordaram os temas: a transformação do trabalho no capitalismo contemporâneo, o histórico do processo de luta dos ACS, o movimento dos ACS no município do RJ, a regulamentação/legalização do trabalho do ACS e situação neste município. Além de propiciar uma troca mais efetiva entre a AMACS e Confederação Nacional dos ACS e levantar as principais questões vividas pelos ACS do Rio de Janeiro, o seminário permitiu a articulação destes trabalhadores e uma importante troca de experiências favorecendo o fortalecimento da luta da categoria e o processo de construção de sua profissionalidade.

### **Autonomía del personal de cuidados, no autonomía del enfermo, y estrategia referente a las curas.**

*Jean-Pierre Escaffre, IFSIC, Université de Rennes 1, Frédérique Quidu, M. Personnic, M. Quillere, A.C. Forget y A. Megret, France. [jescaffr@irisa.fr](mailto:jescaffr@irisa.fr)*

#### **Résumé**

Lors de CALASS 2008 (Bruxelles), nous avons montré pour la première fois une proposition de théorie générale qui tente de relier de manière formalisée les concepts d'« autonomie », de « dépendance » et de « stratégie », concepts qui apparaissent fondamentaux pour la conduite des organisations. Nous y avons aussi présenté une application particulière : le spectre des comportements vis à vis d'une mission ou d'un projet, en montrant le rapport quantitatif constant, conforme à la théorie, entre les catégories extrêmes de ces comportements.

Lors de CALASS 2009 (Luxembourg), nous avons montré, toujours en se fondant sur la théorie générale suscitée, les dépendances théoriques entre les degrés d'autonomie d'un soigné et les degrés d'autonomie d'un soignant, puis nous avons testé positivement les résultats théoriques à partir de plusieurs cas réels issus d'unités de soins hospitaliers divers.

Mais il faut aller plus loin dans l'analyse pour rendre la théorie réellement opérationnelle : il convient désormais de passer aux propositions stratégiques canoniques de soins. Ces derniers ont pour but autant que possible de faire varier positivement l'autonomie du soigné (efficacité) par un ensemble d'actions autonomes du soignant (efficience).

A quoi cela correspond-il ? Nous avons défini l'autonomie d'une personne vis à vis d'un acte quelconque par le fait, à la fois, qu'elle l'accepte et qu'elle a la capacité de l'accomplir. L'acceptation provient du système de valeurs culturelles tandis que le pouvoir est induit par le système de moyens dont la personne dispose. La dépendance revient donc à confronter d'une part les systèmes de valeurs du soigné et du soignant, et d'autre part les systèmes de moyens respectifs. En termes stratégiques, il convient alors de repérer théoriquement les rapports entre les valeurs ou les valeurs elles-mêmes qu'il convient de modifier, puis de faire de même avec les systèmes de moyens (à la fois côté patient et côté soignant), pour accroître le plus efficacement possible l'autonomie du patient : sur quelle(s) valeur(s) et quel(s) moyen(s) agir ? Nous montrerons à ce titre des expérimentations concrètes de la théorie à partir de situations de soins dans des unités hospitalières.

Cependant, il faut aller encore plus loin : nous n'avons envisagé jusqu'ici la relation soigné-soignant à un instant  $t$ , ce qui nous a permis de considérer que le système de valeurs est indépendant de celui des moyens. Mais sur une période, dans quelle mesure une modification du système de valeurs peut à son tour modifier le système de moyens, et réciproquement ? Quelle dialectique entre valeurs et moyens ? C'est ce que nous tenterons aussi de montrer, à la fois théoriquement et pratiquement.

### **Reestruturação Produtiva da Saúde Suplementar no Brasil: Programas de Prevenção, Promoção e Atenção Domiciliar.**

*Tulio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Cláudia March y Luciana Narciso, Brasil. [tuliofranco@gmail.com](mailto:tuliofranco@gmail.com)*

#### **Resumo**

Há alguns anos vem se observando no âmbito das operadoras da saúde suplementar no Brasil um movimento que parte do objetivo de redução de custos, e toma como foco os beneficiários que têm grande frequência em serviços de urgência, longas internações e que utilizam serviços de alta e médica complexidade. As mudanças principais observadas foram a de implantação de programas de prevenção e promoção da saúde, e de atenção domiciliar. Este trabalho relata o resultados de duas pesquisas realizadas por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense. Uma sobre os Programas de Atenção Domiciliar (PAD) e outra tomou como tema os Programas de Promoção e Promoção à Saúde. A metodologia se refere a pesquisa qualitativa, com estudo de casos, utilizando como fonte de dados a documentação disponível nas operadoras pesquisadas, revisão de literatura sobre o tema, entrevistas com informantes-chave, considerando-se como sujeitos da pesquisa os gestores e trabalhadores nos respectivos programas e os beneficiários inseridos nos mesmos. Os resultados demonstram que a principal motivação para implantação destes programas é o de redução de custos; os critérios de ingresso de beneficiários ao PAD estão centrados na população de idosos, acamados, beneficiários com seqüela motora severa; já os critérios de ingresso para os Programas de Promoção e Promoção são parecidos com os anteriores, porém mais amplos porque tomam para seu cuidado a população de idosos portadores de doenças crônicas. O formato dos Programas são diferenciados, sendo que operadoras pesquisadas têm em média aproximadamente 600 beneficiários inseridos no PAD, à exceção de uma Cooperativa Médica que mantém mais de 4.000 beneficiários no seu Programa. Os Programas de Prevenção e Promoção da Saúde têm grande expansão, se apresentam em várias modalidades, direcionados ao objetivo de reduzir os custos operacionais da operadora, melhora da condição de saúde dos beneficiários e agregar valor aos produtos das empresas. Estes programas não fazem parte dos contratos das operadoras, e os usuários não fazem pagamento adicional para sua participação nos mesmos. Eles são considerados um benefício adicional ofertado pela operadora à sua clientela. Conclui-se que as mudanças no modo de cuidar, das operadoras, mesmo que circunscritas a estes programas representam uma importante reestruturação produtiva do setor, com alterações no processo de trabalho, ascensão de novas categorias profissionais junto às operadoras da saúde suplementar, e novos padrões de cuidado, com repercussões também nos custos operacionais, como informado pelos gestores entrevistados.

### **L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques.**

*Lise Lamothe, IRSPUM, Université de Montréal, Jean-Paul Fortin, Françoise Labbé, Djamel Messikh, Julie Duplantie y Marie-Andrée Paquette, Québec. [lise.lamothe@umontreal.ca](mailto:lise.lamothe@umontreal.ca)*

#### **Résumé**

Le développement de soins et services à domicile est une composante essentielle des transformations des systèmes de santé. Ils sont une adaptation nécessaire du système de production aux pressions qui s'exercent. Parmi celles-ci, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques sont au cœur des préoccupations. En effet, les maladies chroniques constituent une cause majeure de mortalité à travers le monde (Cazale et al. 2009; Sassi & Hurst 2008; WHO 2005; Yach et al. 2004). En 2005, elles étaient responsables de 60% de tous les décès, les maladies cardiovasculaires et le diabète ayant engendré 32% d'entre eux et les maladies respiratoires chroniques, 7% (Cazale et al. 2009; Sassi & Hurt 2008). Pour les personnes sévèrement atteintes, les services à domicile ne suffisent souvent pas pour offrir les soins et services requis de manière adéquate et continue et détecter toute forme de détérioration et ce même en post-hospitalisation. Une meilleure prise en charge des maladies au domicile des personnes est donc nécessaire tout en assurant une meilleure articulation avec les soins et services de proximité et hospitaliers.

Cette présentation vise à rendre compte d'une étude comparative (3 sites, Québec (1), Manitoba (2)) portant sur l'utilisation de télésoins à domicile comme instruments permettant d'atteindre les objectifs d'un meilleur suivi des maladies chroniques. La technologie a été utilisée auprès de personnes âgées ayant une condition clinique sévère pour au moins une des maladies suivantes : MPOC, insuffisance cardiaque mais aussi d'hypertension et de diabète instable (Manitoba). L'étude inclut une analyse processuelle de l'implantation et le monitoring des résultats à la fin du projet. Les données proviennent de trois sources : observations participatives systématiques, documents et entrevues. Au total, 82 entrevues individuelles et 5 entrevues de groupe avec des questionnaires, partenaires, professionnels et patients ont été menées. Les données recueillies par



les entrevues ont été soumises à une analyse de contenu et des techniques de compression ont été utilisées (Huberman et Miles, 1991).

Les résultats seront présentés sous deux volets. En premier lieu, nous ferons état de l'utilisation de la technologie et des conséquences pour les patients à la fin du projet. En deuxième lieu, nous décrirons les formes organisationnelles émergentes et exposerons comment elles ont permis de rencontrer les conditions auxquelles le contexte organisationnel doit répondre pour améliorer les soins aux malades chroniques. Enfin, nous discuterons des dynamiques professionnelles et organisationnelles ayant prévalu à l'atteinte des résultats afin d'en tirer des recommandations pour la gestion.

## **SESION 16**

**12:30 – 14:00**

### **Formación en Recursos Humanos en salud I**

#### **A política de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: concepções em disputa.**

*Anna Violeta Durão, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Filippina Chinelli, Marcia Cavalcanti Raposo Lopes, Marcia Valéria Morosini, Mônica Vieira y Valeria Carvalho, Brasil. [violetadurao@fiocruz.br](mailto:violetadurao@fiocruz.br)*

#### *Resumo*

Este trabalho é parte da pesquisa “Políticas de Trabalho em Saúde e a Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): dinâmica e determinantes” que visa analisar os direcionamentos e embates presentes na política de qualificação dos ACS.

Pretende-se discutir as diversas percepções sobre a formação dos Agentes Comunitários de Saúde presentes nos discursos de gestores e outros atores importantes da discussão da política de gestão do trabalho e da educação dos ACS. Além da pesquisa teórica sobre o tema, realizaram-se entrevistas de caráter eminentemente qualitativas com os principais participantes da formulação desta política. Tanto na discussão teórica sobre a formação dos ACS, quanto na visão dos entrevistados, ganhou relevo o debate sobre o seu papel de elo entre as políticas de Estado e a comunidade. No que diz respeito à formação técnica, constatou-se que esse papel de mediador dado aos agentes, em que ele é entendido como ligação entre dois pólos distintos, acaba por suscitar visões contraditórias que ora destacam o seu potencial comunitário, ora a importância de sua maior vinculação com as políticas de Estado. Ganham ênfase na análise as seguintes argumentações: a formação técnica como possibilidade de se alcançar a integralidade do atendimento; a formação técnica como risco de rompimento com a cultura local e, portanto, com o vínculo com a comunidade; a necessidade de se garantir uma formação, mas sem configurar esses trabalhadores como profissionais da saúde; entre outras questões ligadas a essas.

CONTRIBUIÇÕES: Acredita-se que este trabalho possibilita uma maior compreensão do debate sobre a formação dos agentes, uma vez que aponta as similaridades/contradições que estão presentes entre a formulação da política e a realidade concreta na qual ela se solidifica.

#### **Ciencias sociales y educación para la salud: hacia una propuesta des-medicalizadora al interior de la UAEM-UAP Nezahualcóyotl.**

*Leonardo Ibarra Espinosa, Universidad Autónoma del Estado de México, Georgina Contreras Landgrave, Juan Manuel Mendoza Rodríguez y Jaime Esteban Camacho Ruiz, México*

#### **Descentralización de la educación médica, la experiencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social. La descentralización de la educación médica en el IMSS: retos y avances.**

*Lilia Elena Monroy-Ramírez de Arellano, Instituto Mexicano del Seguro Social, Rocío Galdúroz Galdúroz, Omar Vivas Medrano y Alina Solana Osés, México. [lilia.monroy@imss.gob.mx](mailto:lilia.monroy@imss.gob.mx)*

#### *Resumen*

**Objetivo:** Contribuir a mejorar la calidad, calidez y oportunidad de los servicios de atención a la salud de los derechohabientes ampliando la oferta y calidad de la educación en salud en el IMSS,

mediante el desarrollo de estrategias entre las que se encuentran, la descentralización de la educación médica que permita la formación de personal médico en las diferentes regiones del país, se promueva la equidad e igualdad en el acceso a los servicios de salud y se procure con ello el derecho a la protección a la salud.

**Contexto y descripción del problema:** La descentralización de la educación médica, al igual que la descentralización de los servicios de salud, es un asunto prioritario para atender el derecho a la protección a la salud. Si bien es cierto, a nivel sectorial implica el replanteamiento de instrumentos y políticas públicas en salud que marcan las líneas estratégicas que den pauta a la articulación de los diferentes servicios de salud que permiten construir un Sistema Nacional de Salud, y la vinculación entre instituciones, así como el desarrollo de procesos transversales para avanzar hacia la convergencia y portabilidad; a nivel institucional implica no solamente ocuparse de esta responsabilidad, obligada por la Ley del Seguro Social, sino que debe cumplirse con la obligación de mantener actualizado y capacitado al personal de atención a la salud. Para ello despliega acciones de formación, educación continua y capacitación que permiten atender las demandas de salud no solo de las grandes ciudades, sino también en localidades de difícil acceso con necesidades que no han sido resueltas, por falta de personal capacitado para atenderlas, problemática vinculada con la atención primaria, donde el perfil epidemiológico pone en evidencia la presencia de enfermedades propias de la marginación, sumadas a trastornos crónico degenerativos y enfermedades emergentes que cobran vidas en esta población altamente desprotegida.

Actualmente los médicos, y otro personal que atiende la salud, se encuentran distribuidos de manera desigual en las diferentes entidades federativas, comportándose de la misma manera en las Unidades Médicas del IMSS, así, aquellas que presentan menor grado de marginalidad concentran el mayor número de médicos y por el contrario aquellas con mayor grado de marginalidad cuentan con menor número de médicos, problema que se ve incrementado ya que esta distribución se da en las unidades de atención a la salud en todo el sector, lo cual es una limitante para satisfacer las necesidades de atención que tiene la población derechohabiente. Otra problemática institucional relevante es la eminente salida de personal médico institucional por motivos de jubilación, que llevo a la elaboración de un diagnóstico institucional de necesidades de formación.

**Modelo educativo:** Ante este escenario, en 2007 se implantaron diversas estrategias educativas, entre las que destacan, el desarrollo de un modelo educativo innovador centrado en el aprendizaje tanto de educadores como de educandos y en el desarrollo de competencias para la mejora del desempeño profesional tanto del personal docente como del personal de atención a la salud, en donde se incorpora la modalidad en línea y a distancia como elemento sustantivo para promover mayor cobertura, pertinencia, equidad educativa; incremento en la formación de médicos especialistas, profesionalización docente en salud por competencias profesionales a nivel regional y local y formación de personal de atención a la salud en educación a distancia.

**Resultados:** Actualmente contamos con un modelo educativo que permite fortalecer progresivamente los procesos educativos en salud. Se elaboró el primer diagnóstico de necesidades de formación, para alinear a estas necesidades el incremento progresivo del número de médicos en formación que pasó de 1 752 en 2007, a 4 012 ingresos en 2010, actualmente el IMSS cuenta con más de 10 400 médicos en formación en 64 especialidades médicas, en más de 140 sedes. Se avanzó en la apertura de nuevas sedes de formación, particularmente en el sureste del país y en otras ciudades donde se identifica la necesidad de especialistas, por plazas vacantes, por apertura de nuevas unidades médicas o por la implementación de programas estratégicos de atención médica. La formación de docentes en cada región permite que puedan hacerse responsables de la formación y capacitación del personal médico, con base en problemas prioritarios de cada región de acuerdo a las características epidemiológicas. Así, se incrementa la participación de personal en la formación de sus propios recursos humanos para mejorar la calidad de sus procesos de atención logrando mayor eficiencia. La descentralización de la educación del personal en salud se plantea como el logro del sistema educativo y sistema de salud que asegure la calidad en el sector y se establezcan las bases para lograr la igualdad y equidad de la población mediante el acceso a la salud y a la educación.

### **A implantação das residências multiprofissionais em saúde e sua articulação com a atenção primária como ferramenta de fortalecimento do princípio da integralidade no sistema único de saúde brasileiro.**

*Marcelo da Silva Alves, Universidade Federal de Juiz de Fora, Edna Aparecida Barbosa de Castro y Cristina Arreguy de Sena, Brasil. [enfermar@oi.com.br](mailto:enfermar@oi.com.br)*

## Resumo

A implantação da Residência Multiprofissional em saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil - é a materialização de uma política interministerial Brasileira (Ministério da Saúde e da Educação) aberta ao conjunto de profissionais da saúde que objetiva especializar graduados em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Educação Física e Análises Clínicas, como forma de fortalecimento das ações integradas em saúde nos diversos níveis assistenciais articulada à atenção primária em saúde. Atualmente, diante da construção de uma nova forma de pensar a formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde Brasileiro, entendemos que a consolidação desta proposta, com destinação de 08 vagas anuais, para tais categorias profissionais, vem favorecer um campo da atuação interdisciplinar. Para tanto, foram necessárias rearticulações e reorganizações dos serviços, bem como privilegiar a composição multiprofissional das equipes para o desenvolvimento das ações de saúde integradas às propostas nacionais, municipais e regionais. As vagas foram oferecidas considerando a existência de orientadores credenciados, com disponibilidade de tempo; as pesquisas em andamento nos diversos núcleos de pesquisa; a capacidade e disponibilidade de instalações adequadas para as atividades, os estudos e práticas em serviço; bem como, a capacidade e as demandas dos serviços de saúde em garantir as condições de funcionamento da residência em consonância com as realidades locais e regionais. O número de residentes de cada profissão, neste programa, segue a lógica dos serviços onde está inserida a residência, ou seja, nos serviços da rede de saúde de Juiz de Fora. A alocação dos residentes acontece com base nas necessidades de saúde das pessoas, envolvendo aspectos relacionados aos indicadores epidemiológicos e ao perfil sócio-demográfico-cultural do município; além do suporte dos sujeitos e das instituições conveniadas em atender à demanda existente para o curso nesta modalidade de formação profissional. Neste prisma as ênfases dos programas de residência apresentam sua proposição de trabalho multiprofissional correlacionado os processos ligados às especificidades de cada profissão, mas priorizando a articulação do trabalho em equipe. Neste sentido, merece destaque como ênfases deste programas, a atenção à Saúde do adulto e a atenção à saúde da família, uma vez que, estas ênfases abordam uma proposta que envolve parcelas significativas da sociedade, desvinculando a idéia do modelo biomédico hospitalocêntrico, em favor de uma atenção mais humanística e integrada do ponto de vista do conjunto dos trabalhadores da saúde brasileira. Os resultados desta experiência apontam para um processo de trabalho em saúde onde os princípios da integralidade, da equidade, da universalidade e do trabalho em equipe se apresentam mais fortalecidos surgindo novas tecnologias e práticas inovadoras do cuidar em saúde onde o usuário do sistema de saúde é o protagonista do plano terapêutico que é construído coletivamente em função da realidade do sistema de saúde e das expectativas dos usuários.

## SESSION 17

12:30 – 14:00

### Políticas de salud y organización de los servicios de salud

#### Programas para salud y pobreza. Políticas públicas y financiamiento en México 1990-2005.

*Irene M. Parada Toro, Instituto Nacional de Salud Pública y Horténsia Reyes Morales, México*

## Resumen

**Objetivo Analizar:** Analizar los programas dirigidos a la atención en salud y a la pobreza en México (PASSPA, PAC, PROCE, PROCEDES SOLIDARIDAD, OPORTUNIDADES PROGRESA Y SEGURO POPULAR), durante el período 1990-2005, así como las políticas públicas y el financiamiento para estas áreas obtenido a través créditos derivados de las distintas agencias internacionales.

**Material y Método:** Se realizó un estudio de investigación documental y retrospectivo el cual, mediante una revisión cuantitativa de los montos financieros otorgados por las agencias internacionales para la realización de los programas (PASSPA, PAC, PROCE, PROCEDES SOLIDARIDAD, OPORTUNIDADES PROGRESA Y SEGURO POPULAR), durante el período 1990-2005.

**Resultados:** En las últimas décadas se implementan en el país programas asistenciales para los más pobres y vulnerables en respuesta a "la crisis económica y los programas de ajuste estructural. El gasto federal en salud ascendió del 1990 al 1994, descendió del 1995 al 1996 para empezar a recuperarse a partir de 1997 hasta el final de la investigación. Dentro del total del gasto público en salud, el monto que implican los préstamos internacionales para los programas analizados es totalmente marginal, suponiendo tan sólo entre un 0.37% (1990-1994) a un máximo de un 4.11 % en el periodo 2003-2008.

**Discusión y Conclusiones.** En México el derecho a la salud depende de muchos factores en lo que se incluyen lo económico, lo políticos, lo social, lo científicos-tecnológicos y cultural estos van a requerir de inversiones económicas, leyes y acciones políticas para darle una visión aparentemente estable, progresiva y duradera. Las políticas implementadas en el periodo de estudio presentan un tinte neoliberal generadas a partir de el consenso de Washington. Establecimiento de programas focalizados en los grupos vulnerables recomendados por las agencias Internacionales (BM; BID) Los programas llamados contra la pobreza Solidaridad (1989-1994) PROGRSA (1997-2001) OPORTUNIDADES (2002-2006), podremos decir que estos programas están encaminados a construir la legitimidad simbólica del régimen político en el imaginario social cuyo objetivo lo localizamos en la reestructuración de las relaciones entre la sociedad y el Estado.

## **O princípio da universalização nos sistemas nacionais de saúde dos países integrantes do Mercosul – Novos consensos?**

*Vera Nogueira, Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

### **Resumo**

**Conteúdo/Resumo** – Este texto tem como objetivos: evidenciar as transformações ocorridas nos critérios de acesso aos sistemas nacionais de saúde dos países integrantes do Mercosul pós Consenso de Washington, identificar as concepções de direito que orientam as novas formulações e sua congruência com os modelos de atenção à saúde adotados. Nos anos de 1980 e 1990, os países da América Latina, monitorados pelo Banco Mundial, alteraram as formas de provisão dos bens e serviços sanitários e, conseqüentemente a concepção de direito que balizava a relação Estadosociedade.

Houve uma alteração significativa do papel estatal no plano do financiamento e da provisão dos bens e serviços de saúde, ocorrendo, em maior ou menor grau, a descentralização dos sistemas para níveis subnacionais e o repasse das função, antes públicas, para organizações privadas de diferentes matizes. Devido as conseqüências dos processos de globalização, com o agravamento das condições de vida da população e a ampliação da exclusão social em saúde identificada na região latinoamericana, a partir de 2000, iniciase o debate sobre as revisões necessárias nos sistemas nacionais de saúde . Com a mudança do cenário político dos países, e forças progressistas assumindo posições chaves nos governos nacionais, há um contexto favorável para a discussão dos sistemas de saúde. O princípio da universalidade da atenção e a garantia do atendimento integral retornam ao cenário político, em meio a fortes embates com a ideia da focalização e formas pretensamente inovadoras de privatização dos serviços sanitários. Hoje todos os países do Mercosul estão em processos de alterações nos seus sistemas de saúde, sendo alguns mais radicais, como o Uruguai e, outros ajustes em termos mais operacionais, como é o caso do Paraguai e Argentina. Analisouse estas alterações tendo como referências teóricas as distintas concepções de universalismo e igualdade, acesso e acessibilidade e modelos de atenção à saúde como evidencias de processos sociais dinâmicos, como campos de interesses antagônicos e complementares. As informações foram obtidas através de análise documental das legislaçõesmarco de saúde de cada um dos países, além das propostas programáticas operacionalizadoras das intenções legais. Nos documentos a categoria acesso e critérios de acesso ao sistema norteou a sistematização dos dados. Os resultados obtidos foram comparados com estudo anterior sobre o mesmo tema com as mesmas referências analíticas, o que permitiu estabelecer a distinção entre os dois momentos dos sistemas nacionais de saúde em relação aos princípios éticosnormativos e operacionais, colocando em destaque as transformações ocorridas e suas intencionalidades.

Temas a serem discutidosTrajetórias dos sistemas nacionais de saúde referentes as mudanzas em torno do modelo de atenção, caminho da universalidade, acesso e acessibilidade, implementação de políticas de saúde e seus princípios éticos e normativos.

Contribuição Atualizar o debate sobre alterações dos sistemas de saúde dos países que integram o Mercosul considerando a reduzida abordagem do tema na literatura.

### **Federalismo fiscale in sanità: nuove prospettive?**

*Mónica De Angelis, CRISS - Dipartimento di Scienze sociali, Facoltà di Economia, Italia.*

[m.deangelis@univpm.it](mailto:m.deangelis@univpm.it)

#### *Riassunto*

**Abstract:** La recentissima approvazione della legge delega in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, pone l'importante interrogativo di come e quanto il settore sanitario ne sarà influenzato. Scopo dell'articolo è quello di ripercorrere le manovre giuridiche alla base della devolution in sanità e di analizzare le condizioni istituzionali su cui il federalismo fiscale si innesta, provando a delineare i futuri scenari sui quali probabilmente la giurisprudenza dovrà ragionare ed intervenire.

#### **Obiettivi della ricerca:**

Alla luce di ciò che l'attuazione delle norme ha prodotto negli ultimi anni, occorre domandarsi quali eventuali opportunità può offrire uno schema di finanziamento come quello di cui alla legge n. 42 del 2009 che dà voce alle norme programmatiche dell'art. 119 della Costituzione riformata e alle disposizioni dell'art. 117 che, in tema di sanità, affida alla competenza esclusiva dello Stato la fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

#### **Descrizione del problema e del contesto:**

Muovendosi sulle orme del previgente art. 117 Cost., il quale affidava alle Regioni l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, il legislatore ordinario - in un decennio - ha spostato l'asse di riferimento del Ssn dal livello statale al livello regionale trasformandolo in un *insieme di servizi sanitari regionali* ai quali è attribuita una consistente quota di autonomia organizzativa, gestionale e imprenditoriale. Nel 2000 si è avviato il percorso per il federalismo fiscale anche in sanità, percorso che tuttavia ha finora incontrato numerosi ostacoli e battute di arresto.

#### **Teorie, metodi e materiali utilizzati:**

Trattandosi di una ricerca e di un saggio di natura giuridica, sono stati utilizzati metodi e materiali tipici del giurista: normativa, giurisprudenza, dottrina.

#### **Risultati:**

L'applicazione della nuova normativa non trova terreno fertile: sia in termini giuridici che sociali ed organizzativi. Qualunque sia il futuro della sua implementazione, di certo si può affermare che sarebbe davvero deprecabile se, a seguito dell'introduzione del federalismo fiscale, si creasse (maggiore) disuguaglianza nella popolazione rispetto all'accesso e alla qualità dei servizi offerti negli anni passati e sulla base dell'assetto attuale.

### **Etude comparative et critique des études nationales de coûts par DRG en Allemagne et en France, servant à l'établissement de la tarification hospitalière.**

*Paul Garassus, Société Française d'Economie de la Santé, Michel Lamure, Jean-Paul Auray, Michel Dubois y Gérard Duru, France*

#### *Résumé*

Nous avons étudié les évolutions successives des classifications allemande et française de DRG, tout en cherchant à extraire les racines communes à ces deux pays. A partir de cette première étape descriptive, nous avons étudié les études de coûts servant à l'établissement des politiques tarifaires des établissements de santé de court séjour. Le périmètre du financement par les G-DRG et par la TAA est ainsi analysé selon les secteurs hospitaliers public et privé dans ces deux pays. Le mode de financement des dispositifs médicaux est décrit, ses particularités et lorsque cela est possible les valeurs moyennes sont comparées. Le but de ce travail est à la fois une analyse méthodologique de recherche sur les classifications DRG et leurs applications tarifaires, mais aussi l'analyse critique des différences observées et l'établissement de propositions comptables pour améliorer la pertinence économique au service des besoins réels du financement hospitalier.



**SESION 18**  
**12:30 – 14:00**  
**Género y salud**

**Diseño y Evaluación de un Modelo de Atención Integral a mujeres que sufren Violencia de Pareja.**

*Hortensia Reyes Morales, Instituto Nacional de Salud Pública, Gloria Galván Flores, Isaura Moreno García y Verónica Pámanes González, México*

*Resumen*

**Contexto.** La violencia hacia la mujer por parte de la pareja genera una importante demanda a los servicios de salud, aunque poco atendida por su escasa identificación como causa principal de atención. En México, a la fecha no existe suficiente evidencia de programas públicos de intervención efectivos para la atención de este problema.

**Objetivo.** Diseñar, implementar y evaluar, desde una perspectiva de género, un modelo de atención integral a la salud para mujeres víctimas de violencia de pareja.

**Metodología.** Se realizó un estudio cuasi-experimental, en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en un área de alta densidad de población y zonas de marginalidad de la ciudad de México, como modelo de estudio. En una primera etapa se efectuó una encuesta a 300 mujeres y grupos focales a usuarias para identificar las necesidades de atención para violencia de pareja. En la segunda etapa se diseñó e implementó un centro de atención integral con los siguientes componentes: a) definición del servicio con base en la atención multidisciplinaria; b) capacitación del equipo multidisciplinario y al personal de salud; c) implementación por un año del modelo integrado por psicólogas, trabajadoras sociales y un médico. La evaluación se realizó mediante análisis del impacto en salud con indicadores seleccionados de calidad de vida (depresión y autopercepción de estado de salud).

**Resultados.** La frecuencia de violencia fue 25% y hubo percepción del papel de género como riesgo para violencia y de necesidad de servicios principalmente con enfoque psicológico. El centro incluyó a 129 mujeres que acudieron a solicitar orientación y aceptaron participar en el estudio. El principal impacto fue la reducción significativa en la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos y mejora en la autopercepción de estado de salud. Dos terceras partes fueron dadas de alta con definición de un proyecto de vida o toma de decisiones para una solución de la situación de violencia.

**Conclusiones.** La violencia de pareja es un problema prioritario en los servicios de salud, reconocido por las mujeres que lo sufren y quienes demandan servicios con enfoque psicológico. Un centro de atención multidisciplinaria con enfoque psicológico y social factible y sostenible con los recursos institucionales tiene impacto para favorecer la resolución de la violencia a partir de toma de decisiones de las mujeres afectadas y mejorar su calidad de vida.

**Temas para discusión.** 1) Percepciones de género. 2) Modelos de servicios de salud para la atención de la violencia de pareja. 3) Acceso a servicios de salud para la atención a la violencia.

**Identidades de género e intento de suicidio.**

*Ángela Beatriz Martínez G., Universidad Autónoma Metropolitana, México.*  
[angelabeatrizma@gmail.com](mailto:angelabeatrizma@gmail.com)

*Resumen*

**Introducción.-** La perspectiva de género se construye desde la dimensión de lo cultural, ideológico y social y la subjetividad. En el seno de este proceso, la mujer tabasqueña está envuelta en una dimensión sociocultural marcada por una visión muy conservadora y tradicionalista, su vida se circunscribe al ámbito de las tareas domésticas, reproducción, cuidado y alimentación de los hijos y la pareja, dicho de otro modo, la procreación, sumisión, abnegación, obediencia, fidelidad y dependencia como elementos constitutivos del ser mujer. El suicidio de género, presentan un patrón antagónico, la mayoría de los suicidas son hombres, en una proporción de 3 a 1, en tanto las mujeres son las que se intentan buscar abandonar la vida por mano propia. Las referencias sobre suicidio demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres, pero que sus probabilidades de morir son mayores que las de estas. Se concluye que este contraste se debe a que los hombres tienden a preferir métodos más violentos y, en

comparación con las mujeres, reflexionan que subsistir al intento de suicidio representa un fracaso que va en contra de su masculinidad.

**Objetivo.-** Analizar cómo se expresan las identidades de género en el intento suicida en jóvenes de Tabasco, México.

**Métodos.-** A través de la investigación cualitativa, se usó la técnica de la entrevista, se obtuvo información de la experiencia vivida de tres jóvenes mujeres que intentaron suicidarse. Esta investigación se llevó a cabo en dos hospitales de Villahermosa, Tabasco, México, Juan Graham C. y Hospital de Salud Mental.

La perspectiva de la investigación cualitativa se fundamenta en una mirada al mundo que plantea una realidad basada en percepciones, para cada sujeto es cambiante en el devenir del tiempo y todo lo que se conoce tiene significado solamente en una situación o contexto.

**Resultados.-** el suicidio desde la perspectiva de género es una línea de análisis para comprender no solo a las jóvenes mujeres sino también a los hombres, quienes viven una fuerte presión social en su rol de proveedores, y por el “deber” de alcanzar los comportamientos de masculinidad hegemónica y culturalmente, más enaltecida, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico, en este caso, la masculinidad, el *ser hombre*, tiene que ver con el concepto de jefatura como *representación social* del hogar, el único proveedor, en la medida en que desempeñe ese papel, será socialmente reconocido y poseerá capacidad para asignar su autoridad sobre la mujer y los hijos, elementos culturalmente dictados y socialmente sancionados como normas de comportamiento, el varón también *debe* mostrar su imagen de hombre libre de ataduras, autónomo, en caso de incumplimiento, de ese rol, puede generar crisis, angustias propicias para elevar la probabilidad de pensar en el intento de suicidio.

**Conclusiones.-** Los métodos empleados para intentar suicidarse en el caso de los por los hombre son más violentos, en Tabasco predomina el ahorcamiento como estrategia primordial, suelen ocurrir en su mayoría bajo los efectos del alcohol, ello puede interpretarse como una acción de virilidad y masculinidad. En las mujeres este fenómeno se describe a partir de métodos que están asociados con su condición de género femenino, la ingesta de medicamentos y en segundo término beber algún otro líquido como herbicidas, plaguicidas, cloro o cercenarse las venas.

## **Organización de la atención de las usuarias de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México.**

*Belkis Aracena Genao, Instituto Nacional de Salud Pública, José Luis Wilches Gutiérrez, Alejandro Figueroa Lara, Patricio Sanhueza-Smith, Leticia Avila Burgos, Dilys Walker, Alma Lucila Saucedo Valenzuela y Juan Francisco Molina Rodríguez, México. [baracena@insp.mx](mailto:baracena@insp.mx)*

## **Resumen**

**Objetivo o la propuesta de la investigación;** Cuantificar los recursos disponibles y estimar los recursos necesarios para atender la demanda por servicios para la interrupción legal del embarazo (ILE).

**Contexto y la descripción del problema;** En México, el 26 de abril del 2007 se aprobó en el DF la ley que despenaliza la interrupción del embarazo hasta las doce semanas de gestación, sin embargo, de acuerdo a la OMS la eliminación de las restricciones legales no garantiza el acceso de las mujeres a este tipo de servicios.

**Teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados;** Se cuantificaron los recursos disponibles en el DF para atender la demanda por ILE. Para esto se revisaron fuentes secundarias, y se realizó un estudio transversal, exploratorio y descriptivo en 18 hospitales y un centro de salud de la Secretaría de Salud del Gobierno del DF (SSGDF). Se estimaron los recursos financieros necesarios para atender la demanda actual y la demanda esperada en tres escenarios contruidos a partir de datos de la SSGDF y de estudios publicados.

**Resultados y la discusión sobre lo expuesto;** La SSGDF fue la institución que tuvo mayor número de unidades para la atención gineco-obstétrica en el DF, 321. Es la única institución pública que presta servicios de ILE, con 13 unidades (12 hospitales y un centro de salud). En 2009, 12% (n=34) de los gineco-obstetras de las unidades hospitalarias participaba en el servicio de ILE, y el 53% (n=18) estaba asignado exclusivamente a esta atención. En el 54% (n=7) de las unidades que realizaban ILE, los procedimientos de AMEU-AEEU y LUI se realizaban en salas de expulsión; en 38% (n=5) en consultorios adaptados; en 8% (n=1) se hacía uso del quirófano de tococirugía y de la sala de expulsión; y la proporción restante de unidades, 8% (n=1), utilizaba un quirófano adaptado. El gasto estimado para la atención de ILE en 2008 fue de 14,5 millones de pesos (mdp). De estos, alrededor del 40% se destinó a la interrupción vía misoprostol, y cerca del

7% por LUI. Los recursos estimados en los tres escenarios construidos, fueron 37.8, 110.2 y 270.7 mdp.

Los resultados sugieren que: 1) la demanda no atendida se está canalizando hacia los servicios privados que prestan el servicio de ILE o 2) una parte de esta demanda, a pesar de la despenalización de la interrupción del embarazo, sigue recurriendo a la práctica de abortos clandestinos. Estas posibles explicaciones plantean la necesidad de estudios posteriores que den una explicación a estas observaciones.

### **Donne in salute: Promozione e tutela della salute di particolari lavoratrici in ambito ospedaliero.**

*Antonella Tropiano, O. Santobono – Pausilipon y Mariano Fucci, Italia*

## **SESION 19**

**15:00 – 16:30**

### **Equidad, calidad y eficiencia de la atención**

#### **Medición de equidad y eficiencia en la distribución territorial del financiamiento en salud. El problema de las fórmulas de reparto.**

*Sergio Horis Del Prete y Patricio Alvaro, Argentina. [sergiodelprete@hotmail.com](mailto:sergiodelprete@hotmail.com)*

#### *Resumen*

**Introducción:** En Argentina la prestación de servicios de salud se encuentra federalizada en cada una de sus 24 provincias. A diferencia del resto, una parte del gasto público en salud en la Provincia de Buenos Aires (que concentra el 38% de la población total nacional) está altamente descentralizado en los gobiernos locales (municipios). Estos y sus efectores sanitarios ejecutan el 35% del gasto público total en salud (2007), y cerca del 70% del mismo es cofinanciado mediante transferencias provinciales a través de una fórmula de reparto vinculada a la oferta y creada en 1989. A lo largo del tiempo y por sus características, esta fórmula ha dado lugar a incentivos al crecimiento de la capacidad instalada hospitalaria, en desmedro de la estrategia de APS, así como a desequilibrios territoriales en el gasto sumado a “pagos implícitos” por producción que no necesariamente están relacionados con los costos de producción de dichos servicios de salud ni con su eficiencia.<sup>1</sup>

**Objetivo:** Analizar la financiación sanitaria territorial a la luz de los principios de *suficiencia* y *equidad*, a fin de determinar el patrón de distribución del gasto en salud “per capita” en la Provincia de Buenos Aires.

**Metodología:** Consiste en la utilización de indicadores económicos específicos (curvas de Lorenz y de concentración) a fin de medir tanto la desigualdad en el gasto como en el financiamiento (distribución de los recursos por coparticipación). Se aplicó como sensibilizador un Índice de Riesgo Sanitario (IRS) combinado para cada municipio, que utiliza como variables el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (PPNBI), el porcentaje de población sin obra social o plan prepago o población abierta (PPA), y los años de vida potenciales perdidos por habitante por municipio (AVPPM). En forma paralela se analizó la relación entre productividad de los servicios asistenciales y gasto efectuado, como indicador de eficiencia.

**Resultados:** Se observa una amplia desigualdad en la asignación del gasto público en salud, tanto municipal (GFSM) como combinado (GPPM) por habitante sin cobertura social (*per cápita*). Las mediciones de desigualdad fueron aún más notorias cuando se hicieron sobre el financiamiento local. En el año 2008 los habitantes de los municipios con mayor GPPM *per cápita* recibieron 10 veces más recursos que los habitantes del municipio más desfavorecido, y más de 4 veces lo recibido por el habitante promedio provincial. Asimismo, se observa que el 50% de la población más pobre se benefició apenas con el 30% del gasto total en salud, y que al sumar el gasto provincial, la curva de concentración de gasto puro municipal se desplaza hacia la izquierda haciéndose más *pro pobre*. Estos datos de desigualdad se asocian a los ajustes según IRS de cada municipio y a la diferente eficiencia de costos/productividad.

**Conclusiones:** Tanto la asignación del gasto público en salud, como la forma de financiamiento y la eficiencia del mismo resultan altamente inequitativos en la Provincia de Buenos Aires. Se

demuestra que la formula de reparto del sistema de Coparticipación por salud genera problemas tanto desde el punto de vista del financiamiento de la oferta, como desde el lado de la demanda

## Évaluation des valeurs organisationnelles et de la qualité de vie au travail et de son influence sur la qualité et la sécurité des soins.

Georges Thiebaut, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montreal, François Champagne y André-Pierre Contandriopoulos, Québec. [gc.thiebaut@umontreal.ca](mailto:gc.thiebaut@umontreal.ca)

### Résumé

La qualité et la sécurité des soins sont dépendantes de nombreux facteurs. Notre étude s'intéresse à un aspect peu développé par la littérature soit l'impact des valeurs organisationnelles et de la qualité de vie au travail sur celles-ci. En effet, la littérature démontre que le consensus sur les valeurs organisationnelles influencerait fortement la communication interpersonnelle et la capacité à atteindre des buts communs (Kluckhohn, 1951). De même, la qualité de vie au travail, définit dans notre modèle comme l'environnement de travail, le climat organisationnel et la satisfaction au travail, agirait fortement sur le taux de roulement, l'absentéisme et le stress au travail (Lu, 2005). Ces éléments auraient à leur tour un impact significatif sur la qualité et la sécurité des soins (Zimmerman, 2002) et sur les résultats de santé (Kosel, 2002).

L'objectif de notre présentation est d'exposer notre cadre conceptuel ainsi que les outils de recherche que nous avons constitués. Notre cadre conceptuel nous permet d'évaluer la qualité de vie au travail et le consensus sur les valeurs organisationnelles et d'analyser la relation qui existe entre ces dimensions et qualité des soins.

La mesure du consensus sur les valeurs organisationnelles se fera à travers un questionnaire spécialement développé et testé à cet effet.

De même les concepts de climat organisationnel et de satisfaction au travail, composant la qualité de vie au travail seront mesurés par le même questionnaire.

Concernant, la qualité des soins, celle-ci sera appréhendée à travers plusieurs dimensions tel que la sécurité des soins, la justesse, l'exécution compétente, la continuité, l'humanisme et la globalité (Champagne, 2005).

Ainsi, nous désirons présenter un modèle et des outils permettant d'évaluer cette relation et démontrer de façon plus spécifique que le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail influencent directement la qualité des soins et la sécurité des patients.

## Evalando la eficiencia en el contexto de un sistema público nacional de salud. El caso del primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Elizabeth Rodríguez Jiménez, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica

### Resumen

**a) Objetivo de la propuesta:** Evaluar la eficiencia de las unidades del primer nivel de atención de la CCSS, desde una perspectiva de atención integral partiendo de sus particularidades y de las de la población que atienden.

**b) Contexto y descripción del problema:** En un sistema público de salud, financiado mediante contribuciones del Estado, de los patronos y de los trabajadores, incluidos trabajadores en condición de pobreza, y responsable por la atención de la salud de toda la población y en especial de los sectores de menores ingresos, el buen desempeño de los servicios no es solo una necesidad imperiosa sino también un deber ético. Con el fin de evaluar los servicios de salud de primer nivel de la CCSS, y con base en experiencias diversas a nivel internacional, se desarrolló durante el año 2009 una metodología de evaluación del desempeño que incluyó cinco dimensiones: acceso, continuidad, aceptabilidad, efectividad y eficiencia. El artículo se enfoca en la evaluación de esta última dimensión, una tarea compleja por tratarse de un centenar de unidades, con características muy particulares y atendiendo poblaciones muy diversas, en entornos también variados.

**c) Teorías, métodos, modelos y materiales utilizados:** Se utilizó Análisis Envolvente de Datos (DEA, por sus siglas en inglés), utilizando una metodología participativa en la definición de insumos y productos, con el fin de captar de la manera más cercana posible la situación de cada unidad. El modelo incluyó siete insumos y seis productos. Como fuentes de información se utilizaron las bases de datos de la CCSS.

**d) Resultados y discusión:** Los resultados preliminares muestran una baja variabilidad del Índice de Eficiencia Relativa, si se le compara con la variabilidad de indicadores tradicionales de eficiencia como la consulta por médico y el gasto per cápita, entre otros.

• **Temas a discutir en la sesión:** evaluación de la eficiencia, evaluación participativa de servicios.

## **SESION 20**

**15:00 – 16:30**

### **Actores en los servicios de salud II**

#### **Ciudades Amigables con la Edad: Estrategia de desarrollo de una planificación multisectorial y participativa y sus dificultades.**

*Pernelle Smits, GRIS-Université de Montreal y Silvia Gascón, Québec y Argentina.*  
[Pernelle.smits@umontreal.ca](mailto:Pernelle.smits@umontreal.ca)

#### *Resumen*

**Contexto :** Conscientes del envejecimiento de la población, algunas ciudades de Latinoamérica decidieron comenzar a desarrollar acciones para lograr Ciudades más Amigables con la Edad. Es en este marco que durante el año 2006, se inició en la ciudad de La Plata, Argentina, una investigación un diagnóstico que reveló fortalezas y amenazas, se inició la formulación de un Plan Estratégico.

#### **Objetivos:**

- iniciar el proceso de desarrollo de un plan estratégico participativo con múltiples actores
- fortalecer la participación y las decisiones de los adultos mayores en cada etapa del proceso
- desarrollar criterios de priorización de las actividades con participación de los actores sociales.
- documentar las dificultades para seguir con un proceso racional

**Métodos:** El proceso de planificación involucro diferentes actores: dirigentes políticos, universidad, y adultos mayores.

Cada etapa, desde el diagnóstico, planificación estratégica, planificación de la acción, hasta la implementación, seguimiento y evaluación, contempla la participación de las personas mayores y también de los múltiples actores,

**Resultados.** Se presentará un mapa de los principales actores involucrados, criterios de priorización, una reflexión sobre la posición de los adultos mayores en cada fase del proceso y los factores que retrasan la planificación.

**Conclusiones:** Este Plan se construye sobre los resultados cualitativos de la consulta y se propone que los adultos mayores participen en cada etapa del proceso.

Esta experiencia resulta interesante porque avanza desde un modelo basado en la tradicional transferencia de conocimiento hacia otro modelo de construcción conjunta de saberes, en el que todos decisores, técnicos y la propia comunidad tienen algo que aprender y algo que enseñar.

Thèmes à discuter : integración de los actores comunitarios a la gestión

#### **La Queja Médica y los Sistemas de Salud.**

*Germán Fajardo Dolci, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México*

#### **La noción del cuerpo en estudiantes de educación para la salud y su relación con el abordaje de problemas de salud-enfermedad.**

*Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Leonardo Ibarra Espinoza, Georgina Contreras Landgrave y Jaime Esteban Camacho Ruíz, México*

## **SESION 21**

**15:00 – 16:30**

### **Itinerários do Trabalho e a Micropolítica do cuidado em saúde**

**Presidente :** Ana Abrahão, Universidade Federal Fluminense, Brasil. [abrahaoana@gmail.com](mailto:abrahaoana@gmail.com)

#### *Resumo*



A presente proposta de sessão insere-se no desenvolvimento e na produção do conjunto de investigações desenvolvidas por pesquisadores vinculados a linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, da faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

A principal linha de investigação deste grupo de pesquisa centra-se na interface dos campos da saúde e educação tendo como eixo de sustentação o entendimento do campo do trabalho em saúde como um território de práticas e saberes que se constitui na articulação entre um agir produtivo tecnológico, material e não material, e o mundo das necessidades de saúde, objeto da sua prática. (Merhy,2005)

Nesta dinâmica a educação permanente em saúde é empregada como uma estratégia, potente, de mudança na produção do cuidado, pois considera a articulação entre as investigações da micropolítica do trabalho vivo na produção do cuidado e o campo da educação, expressa o reconhecimento do mundo do trabalho como uma escola. (Merhy,2005)

O mundo do trabalho é aqui reconhecido como escola não somente para os trabalhadores da saúde, mas como a melhor escola também para os futuros trabalhadores – porque a compreensão sobre a natureza do trabalho em saúde e as tecnologias envolvidas em sua produção desafia a maneira de pensar a aprendizagem e a produção de conhecimento na área da saúde. Por outro lado, a micropolítica oferece novas possibilidades de compreensão sobre o complexo processo de transversalidades e atravessamentos no interior das instituições de ensino e dos serviços de saúde na conformação dos modos de educar/formar e trabalhar/cuidar em saúde. Assim, fazem-se necessárias novas maneiras produzir conhecimento e pensar sobre a educação e o trabalho em saúde, reconhecendo novos atores, novos papéis, novas referências. (Merhy,2005)

O trabalhador ao assumir a função de protagonista na produção do cuidado ao mesmo tempo produz conhecimento sobre aquela realidade na qual pretende intervir, produzindo a si mesmo como sujeito. Assim, há a construção indissociável entre as linhas de cuidado e de produção pedagógica.

Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade. (Franco,2007:429)

É nesta direção que pretendemos propor uma agenda de sessão para apresentação e debate de trabalhos, tendo como eixo:

- 1) As formas de produzir conhecimento, pensar e agir sobre a educação e a produção de cuidado em saúde.
- 2) Produção de novos atores, novos papéis, no mundo trabalho.
- 3) Gestão e o cuidado em saúde.

No entanto, a construção dessa agenda só é possível por meio de um olhar mais próximo sobre os saberes que circulam durante o processo de trabalho das equipes de saúde Saberes que muitas vezes ainda revelam aspectos originários de domínios articulados em diferentes disciplinas compartimentalizadas. Um ambiente complexo onde transitam conceitos e conhecimentos das ciências humanas, bem como, das ciências naturais, circunscritos em territórios disciplinares, em que as questões do exercício diário com o usuário, revelam a necessidade de um cuidar complexo.

Um cuidar que implica a organização do trabalho em equipe, a complexidade das relações que envolvem a produção em saúde e a luta diária para conquistá-la. Movimento que impõe mudanças na gestão e no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

A proposta de sessão encontra correspondência em dois temas:

- Organização dos sistemas e serviços de saúde e suas formas (redes integradas, itinerários diagnóstico-terapêutico-assistencial, integração hospital território, outras)
- Profissionais e pessoal de saúde. Formação, condições de trabalho.

### **Programa de Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar: o caso de uma cooperativa médica no Brasil.**

*Tulio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Emerson Elias Merhy y André Amorim Martins, Brasil. [tuliofranco@gmail.com](mailto:tuliofranco@gmail.com)*

#### **Resumo**

Temos como objetivo descrever e analisar a produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar (PAD) de uma Cooperativa Médica (CM). Esse é o maior Programa de Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar brasileira, com 4700 beneficiários em 2007. O PAD foi

desenvolvido com o objetivo de “organizar a utilização do serviço”, especialmente daqueles beneficiários que utilizam o serviço de pronto atendimento e com freqüentes internações hospitalares. Fica implícita a idéia de redução de custo para operadora, que conseguiu em um ano economizar 900 internação, com economia de 25% nos custos da operadora. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental principalmente no site da operadora e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves e observação no local de atuação. Os resultados demonstram que a regulação do programa é feito pela operadora e foge da regulação pela ANS, na medida em que o PAD não está incluído na relação contratual entre operadora e beneficiário, ele é considerado um benefício adicional ofertado ao contratante. Para a sustentação do Programa a operadora adota uma sistemática de gestão da vida, na qual opera dispositivos de cuidado presencial, à distância, e estão incluídas visitas domiciliares e orientações para o beneficiário via telefone. Há uma importante rede de apoio logístico atuando no PAD. A análise dos dados revela a satisfação dos beneficiários com os resultados obtidos por meio do PAD, a diminuição de custos para a Cooperativa Médica por meio de transferência de gastos para a família, mas o mesmo apresenta dificuldades de resposta em situações de urgência. Verifica-se que há um processo de Reestruturação Produtiva do cuidado em curso na Cooperativa Médica analisada, que se revela pela mudança no processo de trabalho, na emergência de novas categorias profissionais nas equipes do PAD, nas concepções sobre o cuidado em saúde, e procedimentos organizacionais e institucionais adotados para operação do Programa de Atenção Domiciliar.

### **Unidades básicas de saúde e a expressão da micropolítica no campo da gestão em saúde.**

Ana Abrahão, Universidade Federal Fluminense y Luan Carpes Barros Cassal, Brasil.  
[abrahaoana@gmail.com](mailto:abrahaoana@gmail.com)

#### **Resumo**

A gestão em saúde é uma área que passa a oferecer, nas últimas décadas, questões interessantes para o debate sobre a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Um debate constituído de um núcleo duro de tecnologias, relacionado ao planejamento, financiamento, e é atravessado por um campo de saberes da saúde, comuns às diversas profissões, como o conhecimento do sistema e a compreensão do cuidado. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), na organização do sistema, são destinadas a realização de atendimento de atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. Os gestores da rede básica, de modo geral devem incorporar a seus conhecimentos e a sua prática o tema processo saúde/doença/intervenção, negociando com equipes e usuários modos alternativos para se lograr as ações de saúde. Porém, o trabalho em saúde, compreende os processos produtivos como uma forma de pensar em alternativas para a gestão, que dêem conta não só das revoluções nos processos de trabalho como também, capazes de trabalhar a favor da implementação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, para este estudo, interessa-nos identificar, no processo de trabalho gerencial, as tecnologias utilizados pelo profissional de nível médio na gestão de unidades básicas de saúde do município de Niterói (RJ). Para tanto, adotamos a abordagem qualitativa (Minayo, 1995), utilizando como método levantamento bibliográfico, entrevistas semi-estruturadas e diário de campo. Os dados são usados não apenas como descritores da realidade, mas como potenciais analisadores das relações que se estabelecem e dos efeitos no mundo. Como explicam Franco e Merhy (2008, p.2): “o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali mas não tão visíveis”, para a construção de mapas analíticos – cartografias de processos de subjetivação nos processos de trabalho. Vale destacar que esta pesquisa está aprovada pelo comitê de ética sob o protocolo nº 307/06. Como resultado identificamos que no município de Niterói, a rede funciona com dez Unidades Básicas de Saúde, cada uma com seu administrador de nível médio, que deve gerenciar os fluxos da mesma. Não há uma formação específica para este profissional. Ainda que muitos tenham nível superior em diferentes áreas, seu cargo é nível médio. Como não há um desenho específico, o gestor pode valer-se de inúmeros saberes e formas de gestão em suas atividades. Os dados obtidos no campo

foram agrupados nas seguintes categorias de análise: Gestão das Unidades Básicas de Saúde; Produção de subjetividade no trabalho e Construção de Redes. Pudemos observar que o gestor de nível médio em saúde, ainda que tenha um trabalho prescrito, gerencia diversos processos produtivos, administrativos e cotidianos. Assim, dá suporte à atividade de produção de cuidado, área-fim da UBS, atuando em ato na área-meio. Por outro lado, não se constitui como uma identidade profissional, e não se reconhece oficialmente a utilização de tecnologias específicas a este trabalho, que também se encontra atravessado pelo campo da saúde. O cuidado ofertado pode ser produtor de vida e de singularidade, apostando na diferença entre os sujeitos e na integralidade do cuidado (Merhy et al, 2008), assim como pode aprisionar sujeitos em uma rotina burocrática. A produção rizomática é aberta aos múltiplos encontros, e está em permanente construção e renovação. Entendemos que esta investigação pode fortalecer o campo de estudos da gestão em saúde, revelando processos e categorias profissionais que por vezes não são pensadas como produtoras de cuidado e estratégicas nas transformações necessárias para a permanente construção do SUS. Por outro lado essa visão não dá conta das necessidades e da complexidade do Sistema Único de Saúde. A produção deve ser entendida como coletiva, e dentro de uma série de limitações e determinações; não há polaridade absoluta entre autonomia e controle. O sujeito está atravessado pela sua história, suas experiências, seu contexto; a partir daí, ele elabora, cria, pensa.

### **Fatores de atração, retenção e satisfação do médico na rede pública hospitalar do estado de São Paulo, Brasil.**

Ana Maria Malik, Fundação Getúlio Vargas, Maria Laiz Athayde Marcondes Zanardo y Aline Yukimitsu, Brasil. [ana.malik@fgv.br](mailto:ana.malik@fgv.br)

#### **Resumo**

**Objetivo:** A pesquisa analisou fatores de atração, retenção e satisfação do médico na rede pública hospitalar estadual de São Paulo e o grau de satisfação em relação a seu local de trabalho, no Interior (In) e Região Metropolitana (RM).

**Contexto e descrição do problema:** Atualmente, empresas que procuram atingir níveis elevados de satisfação reconhecem que os recursos humanos exercem um papel fundamental para a obtenção de bons resultados, principalmente na área de saúde que, no fundo, consiste de pessoas cuidando de pessoas. A presente pesquisa centrou-se no profissional médico, pois, apesar dos avanços em termos de multi e interdisciplinaridade na área da saúde não houve alteração significativa no modelo assistencial vigente em relação às decisões médicas: todas as ações são geradas a partir de uma ordem médica, de internar o paciente e desencadear uma série de atividades de prestação de cuidados.

**Metodologia:** Foram utilizados os métodos de Grupo de Estudos e Entrevistas em Profundidade, com gestores e médicos, baseados em roteiros previamente elaborados, para identificar fatores a serem pesquisados em Entrevistas Individuais. Previa-se entrevistar, a partir de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, 491 médicos em 44 hospitais selecionados. Para análise dos resultados utilizaram-se vários testes estatísticos de acordo com o tipo de variável analisada: quantitativa ou qualitativa. O *p-value* foi de 0,05, geralmente aceito em áreas de pesquisa.

**Resultados e discussão:** Realizaram-se 452 entrevistas (92,1%) - 59% do sexo masculino - em 42 hospitais. Os resultados mostraram que: a média do tempo de formado e de anos de casa foram, respectivamente, 14,5 anos e 8 anos. Mais de 70% trabalhavam em três ou mais locais e apenas 7,5% em um emprego. A renda individual mensal de maior concentração foi de US\$ 5,701.26 a US\$ 8,551.88 no In e abaixo de US\$ 5,701.25 na RM. Dos 26 fatores pesquisados, apresentaram diferença estatisticamente significativa: *status* por trabalhar no hospital; possibilidade de realização de pesquisa e reconhecimento da população para médicos do interior e estilo de liderança geral do hospital e remuneração para os da região metropolitana. Estes resultados indicam que para estes fatores, faz-se necessário investir em diferentes políticas de recursos humanos, de acordo com a região onde o médico trabalha. O grau de satisfação médio foi de 3,04 pontos (3,096 no In e 2,997 na RM), não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa. O presente estudo permitiu concluir que estatisticamente não foram encontradas diferenças significativas entre as regiões analisadas.

**Temas que se pretenda discutir durante a sessão da apresentação:** Temos interesse em discutir o mercado de trabalho médico no setor público e fatores de atração, retenção e motivação!

## **O Processo de Trabalho na Enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado.**

Ana Abrahão, Universidade Federal Fluminense, Brasil. [abrahaoana@gmail.com](mailto:abrahaoana@gmail.com)

### *Resumo*

Este estudo buscou descrever o processo de trabalho de Enfermagem, em sua organização na produção do cuidado, identificando os tipos de saberes tecnológicos utilizados durante o cuidado ao usuário. O processo de trabalho da enfermagem articula inúmeros elementos em um único processo, atravessado pelo uso de diferentes tecnologias. A busca por estratégias que incidam nesta relação, buscando o aprimoramento do cuidado oferecido é algo que nos parece relevante para o estudo sobre a organização e competência dos cuidados na área de enfermagem, principalmente, quando tomamos por base o cuidado como núcleo central da produção de atos que ocorrem durante a relação entre usuário e profissional de enfermagem. Aspectos sutis que podem ser descritos como linhas que compõe um único processo de recuperação da autonomia do sujeito. Trata-se de uma pesquisa, aplicativa, descritiva de base qualitativa, utilizando a técnica do sósia, para coleta dos dados. Foram aplicadas dezoito técnicas do sósia: seis enfermeiros e doze técnicos de enfermagem, no período de quatro meses, no ano de 2007. O campo de investigação foi um Hospital Público de Ensino, localizado no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Para análise do material empregamos a confrontação do material com os sujeitos da pesquisa e a análise de conteúdo. As categorias identificadas foram: Tecnologia do Planejamento para o Cuidado; Modos, formas e construção de vínculo na terapêutica do cuidado e a equipe; Tecnologia Leve e Leve-Dura na produção do cuidado. Como resultado, identificamos que o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem possui uma sólida estrutura organizativa, permitindo um trânsito das diferentes tecnologias durante o cuidado, com foco no uso nas tecnologias leve-duras pelos enfermeiros e das tecnologias leves por parte dos técnicos de enfermagem.

## **SESION 22**

**15:00 – 16:30**

### **Formación y ética en salud**

#### **Ética de la responsabilidad frente a la toma de decisiones.**

*Maria de la Luz Sevilla González, Escuela superior de Medicina y Nelson Eduardo Álvarez Licon, México*

#### **La Bioética en la formación del Educador para la Salud.**

*Georgina Contreras Landgrave, Universidad Autónoma del Estado de México, Esteban Jaime Camacho Ruiz, María del Consuelo Escoto Ponce de León, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa y Yadira Isabel Cabrera Pérez, México. [geoland@web.de](mailto:geoland@web.de)*

### *Resumen*

**Objetivo.** Describir la necesidad de formar en el aula dentro de un marco bioético al Educador para la Salud.

**Contexto y descripción problema.** Dentro del proceso de globalización que se está teniendo en el mundo, la aplicación de la ciencia y tecnología en todas las áreas de desarrollo del individuo lo ha llevado a tener un comportamiento alejado del beneficio del hombre. En el área de la salud ha impactado notoriamente y actualmente se tienen registros de enfermedades asociadas a la falta de estilos de vida saludable.

En el Estado de México se ha ofertado en el año 2007 la Licenciatura de Educación para la Salud, la cual ubicada en el área de las Ciencias Sociales y tiene plateado como campo de trabajo el fortalecimiento y difusión de estilos de vida saludable. En el quehacer de la licenciatura, se encuentran acciones en las cuales se tienen que considerar características económicas y sociales, aspectos culturales como creencias, mitos, y el medio ambiente donde el individuo se desarrolla. Todo esto obliga a que durante la formación en aulas de los estudiantes se inculque la Bioética.

**Metodología.** Se revisaron y analizaron diferentes documentos normativos y reportes de investigación que sirvieron para delimitar la importancia de formar en el marco de la Bioética a los estudiantes.

**Resultados.** La información es escasa en relación de la Bioética en la Educación para la Salud. Las acciones que el Educador para la Salud debe realizar son muy generalizadas o no especificadas, es decir, no deja muy claro que se debe hacer, y sin alguna información acerca de la importancia de la Bioética la cual se tendrían que aplicar.

### **Difusión y concreción de los Derechos Humanos: un campo de acción para el Educador(a) para la Salud.**

*Camila Pereira Abagaro, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Odalis Zarate García, México. [camila.abagaro@gmail.com](mailto:camila.abagaro@gmail.com)*

#### *Resumen*

**El objetivo** de la presente investigación es reflexionar acerca de la praxis del Educador(a) para la Salud y cómo éste(a) puede contribuir a la difusión y concreción de los derechos humanos en México.

Diversas organizaciones encargadas de vigilar a nivel mundial el cumplimiento de la legislación referente a derechos humanos como, por ejemplo, Amnistía Internacional y Organización de las Naciones Unidas, han publicado informes que señalan a México como uno de los principales países donde se cometen constantes violaciones a los derechos humanos, situación que genera severas repercusiones en diversos ámbitos de la vida social, y en especial, en la salud de las colectividades.

Considerando esta situación, se inició una selección y revisión de bibliografía acerca del tema, cuya finalidad se constituyó en encontrar las fuentes teóricas y fundamentar la articulación entre derechos humanos y salud. Asimismo, se retomó la experiencia generada en el salón de clase, a través de las presentaciones y debates realizados por los(as) estudiantes de la asignatura “Derechos Humanos y Salud”, impartida en la Licenciatura de Educación para la Salud, en la Universidad Autónoma del Estado de México – Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, lugar en el cual se reconoce al Educador(a) para la Salud como un mediador en los procesos de desarrollo de conciencia y empoderamiento de las colectividades.

A partir de esa perspectiva, se constató como resultado la existencia de espacios en los cuales este profesional podrá jugar un papel primordial, al fomentar la participación social y consecuente respeto, exigencia y defensa de los derechos humanos en México. Sin embargo, es imprescindible que la formación del Educador(a) para la Salud abarque tanto los elementos teóricos y prácticos relacionados con los derechos humanos, desde una óptica integral.

### **Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica no Brasil.**

*Reinaldo Sergio Hamamoto, Fundação Getúlio Vargas/EAESP y Ana Maria Malik, Brasil. [reinaldohamamoto@gvmail.br](mailto:reinaldohamamoto@gvmail.br)*

#### *Resumo*

**Objetivo:** Conhecer o processo de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior desenvolvido pelas universidades brasileiras.

**Problema:** A manutenção de uma força de trabalho adequada na área médica é um dos desafios que todos os países enfrentam. Considerando-se o ciclo de formação – trabalho – aposentadoria, tenta-se obter o balanço adequado da quantidade e tipo de profissionais com as necessidades de saúde da população. Neste contexto, o recebimento de médicos graduados em escolas médicas de outros países pode ser uma fonte de talentos de relativo baixo custo. No entanto, estes profissionais devem ser criteriosamente avaliados, para garantir a saúde da população. No Brasil, existem critérios de cidadania a serem cumpridos, bem como a obtenção da revalidação do diploma médico junto à uma universidade pública com o curso equivalente.

**Métodos:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa das informações do Ministério da Educação sobre as escolas médicas existentes no Brasil no segundo semestre de 2009. A partir do levantamento inicial, foram pesquisadas as universidades que poderiam revalidar diplomas buscando informações sobre este processo. Os dados foram analisados por temas que emergiram durante a coleta.



**Resultados e Discussão:** Devido à autonomia universitária, não existe um processo único de revalidação de diplomas no Brasil. Em 2009, estavam em funcionamento no Brasil 175 escolas médicas – 73 delas (42%) públicas. O número de escolas e de vagas nos cursos aumentou expressivamente na última década de 5,9 vagas/100.000 habitantes em 2000, atingindo 7,9 vagas/100.000 habitantes em 2009. Das 60 escolas médicas que se qualificam para revalidar diplomas (escolas públicas com curso reconhecido), apenas 36 possuem este processo previsto em seus regimentos ou regras já determinadas para revalidação. Foram obtidas as regras de 22 instituições, observando-se grande variação nos critérios de avaliação – alguns centros apresentando grande dificuldade e outros em que os critérios de avaliação são pouco claros. Discute-se a necessidade de mais médicos no país e em quais regiões, considerando-se a importação de força de trabalho graduada no exterior como uma alternativa para suprir esta demanda. O processo de revalidação em vigor parece não alcançar seus objetivos de reconhecer a qualificação necessária dos profissionais para atuar no Brasil.

**Temas de Discussão:** Necessidade de força de trabalho médica, imigração médica, revalidação de diplomas, médicos graduados no exterior.

## SESSION 23

15:00 – 16:30

### Sistemas de Salud Nacionales

#### Determinantes que influyen en el acceso al sistema integral de salud (SIS) materno en el sector rural peruano.

Gloria Carmona Clavijo, Universidade Federal Fluminense, Brasil y Peru.  
[gloriacarmona.c@gmail.com](mailto:gloriacarmona.c@gmail.com)

#### Resumen

**Objetivo:** Analizar el impacto del sistema integral de salud (SIS) y sus políticas públicas en el sector materno-rural, a través de la identificación de los determinantes e inequidades, que influyen en el acceso a los servicios de salud.

**Contexto:** El pertenecer a grupos sociales excluidos de los beneficios sociales genera sufrimiento, sentimientos de inferioridad y discriminación, determinando los patrones de salud, las gestantes rurales son parte de estos grupos donde la muerte materna es mayor que en el área urbana, por dificultades de acceso a cuidados obstétricos, a la información y al personal de salud. Así, el SIS representa un elemento clave en la atención primaria, destinada a mejorar la salud de los desfavorecidos, cuyas actividades deben considerar a las comunidades más vulnerables. Hoy, los sistemas de salud, incluso en países desarrollados, no alcanzan esos objetivos. Para combatir estas inequidades, que son una injusticia social, un freno en el desarrollo nacional debemos conocer los determinantes asociados al acceso a la salud.

**Modelos:** Se estableció un sistema operacional para identificar los determinantes que influyen en el acceso al SIS y se realizó una revisión bibliográfica priorizando la identificación de: (i) determinantes de la comunidad (culturales, geográficas, económicas), (ii) determinantes del sistema de salud (políticas públicas de financiamiento, de recursos humanos, de infraestructura, de interacción con la comunidad)

**Resultados:** En la comunidad se encontraron diferentes concepciones culturales relativas al embarazo, parto y puerperio, en la complementariedad con la medicina tradicional, en el idioma, donde principalmente las mujeres, tienen el español como segunda lengua o no lo hablan, pero la información sobre salud sigue dándose prácticamente en español y desconfianza a las técnicas empleadas. Los establecimientos de mayor capacidad resolutive, por lo general se encuentran distantes, incluyendo las casas de espera, por la dificultad para llegar, falta de servicios y de acceso a la atención de urgencia, existiendo ambigüedad en su funcionalidad, ya que consideran que será el lugar para dar a luz a falta del establecimiento implementado. Las tarifas, resultaron inaccesibles para familias en desempleo o subempleo, adicionando el costo de exámenes auxiliares, medicamentos, transporte, tiempo e ingresos dejados de percibir por asistir a una consulta. En las decisiones políticas las comunidades rurales están casi excluidas, sus opiniones rara vez influyen en las políticas del estado. Aun muchas peruanas carecen de documento de identidad, negándose el acceso al SIS, por ser un requisito. El financiamiento es insuficiente e inequitativo, reflejado en la ausencia de política de recursos humanos y la inseguridad laboral. En el personal de salud se dilucidó; tratamiento inadecuado, falta de información que conlleva que

mujeres no sepan a qué atención pueden acceder o a qué síntomas deben estar alertas, falta de preparación en técnicas desconocidas, (por ejemplo, las directrices del parto vertical) y discontinuidad en los servicios, agravando la desconfianza en el S/S. Los establecimientos no están debidamente habilitados para proveer servicios requeridos.

**Conclusiones:** Estos determinantes son consecuencia de la actuación o la inacción del gobierno, y pueden superarse, reconociendo su existencia para que se tomen las medidas adecuadas a fin de eliminarlas por medio de la reforma jurídica, la participación comunitaria tomando en cuenta sus puntos de vista en la elaboración de políticas, asegurando que los sistemas de salud lleguen realmente a los mas vulnerables.

**Temas a discutir:** 1. Sistemas integral de salud y atención primaria 2. , 3. Inequidad en Salud, 4. Determinantes sociales, 5. Obstáculos en la implementación del S/S.

## **Redes Integrais e Território: é necessário um elemento organizador da atenção à saúde?**

*Maria Luiza Silva Cunha, EPSJV. Fundação Oswaldo Cruz, Brasil*

### *Resumen*

**Objetivo :** Analisar o significado, a importância e a necessidade de um elemento ordenador na organização de redes integrais de saúde.

**Contexto e descrição do problema:** A superação da fragmentação e da falta de coordenação nos sistemas de saúde se constitui em um desafio a ser enfrentado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As estratégias e mecanismos voltados à descentralização têm se aproximado em diferentes graus de um modelo de saúde voltado à integralidade. A organização de sistemas com redes estruturadas segundo diferentes densidades tecnológicas e acessadas conforme as necessidades de saúde da população, que se baseiem nos conhecimentos de planejamento, de epidemiologia e das ciências sociais, tem sido uma das metas previstas no cenário da descentralização e municipalização da saúde. No sentido de produzir atenção à saúde com universalidade do acesso, equidade e integralidade, através de sistemas integrados de serviços de saúde, diferentes estratégias tem sido formuladas no âmbito municipal.

Um dos municípios que vem buscando enfrentar esse desafio é o município de Niterói / RJ. O mesmo organizou o seu sistema de saúde de forma regionalizada considerando cinco Regiões de Planejamento. Na política de saúde deste município se encontra presente a idéia de um “elemento ordenador da rede de serviços de assistência à saúde”, previsto como papel das Policlínicas Comunitárias, a qual utilizamos como objeto de investigação no presente estudo.

**Materiais e métodos :** Pesquisa qualitativa desenvolvida em uma regional de saúde do município de Niterói / RJ, segundo a metodologia do estudo de caso. Foi realizada revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com os gestores envolvidos nos diferentes níveis da atenção.

**Resultados:** A concepção de elemento ordenador da rede expressou-se através das categorias de descentralização, de planejamento em saúde, de integralidade, de território, de rede, de acesso, da intersetorialidade, de avaliação, bem como do suporte técnico, metodológico e administrativo. Identificamos na pesquisa realizada que a concepção de um elemento ordenador apresenta possibilidades férteis na direção da organização de redes de atenção que considere o princípio da integralidade e que atenda às necessidades sociais de saúde através de uma organização mais democrática, sendo percebido como necessário a um sistema integrado.

Busca-se discutir os temas de redes de atenção, elemento ordenador e integralidade.

O presente estudo pretende contribuir com a organização de sistemas integrados de serviços de saúde a partir da reflexão sobre a idéia de um elemento ordenador de rede no território, sua expressão e interesse no âmbito do planejamento e gestão da atenção integral à saúde.

## **Santé 2015: pour une perspective horizontale en santé.**

*Bárbara Curcio Rubertini, Istituto di Igiene, Università di Bologna, Tiziano Carradori, Tiziana Lavallo, Maria Pia Fantini, Robert H. Desmarteau, Régis Barondeau y Valentina Di Gregori, Italia, Québec. [barbara.curcio4@unibo.it](mailto:barbara.curcio4@unibo.it)*

### *Résumé*

**Contexte** :le projet se réalise dans le contexte régional de l'Emilia Romagna, l'Italie, la région que Putnam, dans les années '80, a beaucoup étudié comme paradigme de la réciprocité : une communauté de presque 5 millions de citoyens, très près de ses institutions publiques, surtout les services socio-sanitaires.

**Objectifs** :réfléchir, avec un group dirigeant d'une Unité Locale de Santé (Ravenna) et un group de professionnels de santé, engagés dans un programme de maîtrise en management des organisations sanitaires, autour des meilleures stratégies pour garantir la permanence et l'amélioration des organisations sanitaires publiques.

Tout cela dans un milieu, au niveau national, où un manque de horizontalité risque de effacer la mémoire, la culture de la coopération, le travail en réseau et l'intégration entre les différents niveaux des services.

**Matériels et méthodes** : 10 thèmes ont été choisis pour un travail, la plupart à distance, en utilisant les instruments mis à disposition par le web social ( 2.0 ). Chaque thème discuté dans une séance, à travers un wiki mis à disposition du Programme MBA pour Cadres de l'UQAM (Ca). 10 questions à répondre, à travers un travail inter pares :( p.ex. : Visionner le futur: comment penser le renouvellement des systèmes de santé ? Le futur des models de *welfare*, quelles réflexions sur la réalité italienne ? quels sont les résultats du système, régional et national, de santé en termes de *disequalities*?, Quels en terme de qualité ? Quelles sont les innovations du management qui ont démontré leur efficacité au niveau mondial ?, Comment « cultiver l'innovation » dans les réseaux socio-sanitaires ? )

**Résultats** : on va discuter trois niveaux de résultats:

- efficacité du programme, pour les participants, surtout en relation à leurs capacité de travailler en réseau avec des instruments du web 2.0 ;
- efficacité du programme pour les sujets proposant ( USL de Ravenna et UNIBO) surtout en relation à la pratique de la stratégie horizontale dans le milieu socio-sanitaire ;
- impacte du programme pour la Régie Régionale des Politiques de Santé et Sociales .

On souligne particulièrement, l'importance du projet pour la mise en place, au niveau régional, d'une stratégie de gouvernance de l'innovation dans le système de *welfare*, qui comprend le passage dès projet pilote ( Santé 2015, juillet-octobre 2009) au projet finale ( « Cultiver l'innovation », mars-décembre 2010), actuellement en place.

## **Évaluation de la capacité de gestion décentralisée de la surveillance épidémiologique dans l'état de la Bahia, Brasil.**

*Silvone Santa Barbara da Silva Santos, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Cristina Maria Meira de Melo y Clemence Dallaire, Brasil. [silvone.s@hotmail.com](mailto:silvone.s@hotmail.com)*

### **Resumo**

Les résultats partiels d'une étude examinant la dimension organisationnelle, opérationnelle et celle de durabilité de la capacité de gestion décentralisée de la Surveillance Épidémiologique (SE) dans l'état de la Bahia sont présentés. Les données ont été obtenues grâce à des questionnaires remplis en ligne par les gestionnaires de SE des municipalités ainsi que des données secondaires. La population de l'étude est organisée en neuf grappes correspondant aux macro-régions de la Bahia totalisant 108 municipalités dont 38 ont répondu au questionnaire. Pas de différences statistiquement significatives ont été observées entre les municipalités ayant répondu au questionnaire et les municipalités qui n'ont pas répondu lorsqu'on compare l'indice global standardisé défini à partir de données secondaires et primaires ou leurs composantes prises individuellement et catégorisés par quartile. Parmi les municipalités répondantes, sur le plan de l'indice global de la capacité de gestion, on observe un indice meilleur chez 66,7% des municipalités de la macro-région d'Extrême-Est tandis que l'indice est favorable chez seulement 16,7% des municipalités dans la région d'Extrême-nord. Lorsque les trois dimensions sont évaluées séparément, on observe une tendance semblable pour la dimension organisationnelle alors que les résultats plus favorables sont montrés dans la macro-région d'Extrême-Est alors que la macro-région du Sud-Ouest est la moins organisée alors que toutes les municipalités présentent une condition organisationnelle variant entre très mauvaise (40%) et mauvaise (60%). Dans la dimension opérationnelle, les résultats montrent qu'aucune macro-région n'a présenté de bonnes conditions, la seule satisfaisante étant la région du Centre-Nord avec le plus grand pourcentage (100%). Dans la dimension de durabilité, les résultats soulignent la macro-région Centre-Ouest où 80% des municipalités ont obtenu une bonne condition. Lorsqu'on évalue quelques attributs de ces dimensions séparément, on observe que 26,3% des municipalités possèdent un comité de

mobilisation; 31,6% des directeurs ont participé à l'élaboration du Plan Municipal de Santé ; 76,3% possèdent une structure minime et 55,3% ont construit des alliances pour développer les actions de SE. En conclusion, les résultats montrent que le transfert de responsabilités aux municipalités a produit quelques contraintes pour les actions de SE, notamment la faible capacité organisationnelle, opérationnelle et de durabilité ne leur permettent pas de répondre aux besoins réels de la population. Cette première étude se démarque en établissant une base pour l'évaluation de la gestion décentralisée de la SE et un modèle d'évaluation de la capacité de gestion décentralisée adaptée pour la gestion de la SE.

## **SESION 24**

**15:00 – 16:30**

### **La estructura de la desigualdad en la salud pública: la atención del embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva de etnia, clase y género**

#### **Desigualdades de género y clase en la atención del embarazo, parto y puerperio en instituciones de salud pública: una aproximación metodológica.**

Angeles Sanchez Bringas, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco y Carmen Rincón, México. [sanchezb@correo.xoc.uam.mx](mailto:sanchezb@correo.xoc.uam.mx)

#### *Resumen*

En esta ponencia se discuten algunos aspectos metodológicos para el estudio de la atención del embarazo, parto y puerperio en instituciones de salud pública en contextos sociales complejos, diversos y estratificados. La reflexión se realiza con base en varios estudios que analizan el impacto de distintos tipos de desigualdades y formas de exclusión en la atención del embarazo, parto y puerperio en contextos socioculturales urbano-populares en México. Estos trabajos se realizaron en el marco del proyecto de investigación “La transformación de las prácticas reproductivas en el México del siglo XXI” de la UAM Xochimilco.

Se considera que en el embarazo se produce no sólo la transformación del cuerpo de la mujer sino también de su vida cotidiana, sus relaciones y redes sociales. Así, es la configuración de aspectos biológicos, económicos, sociales y culturales, lo que determina la evolución del embarazo, del parto y del puerperio. Si bien el embarazo es una condición y no un problema de salud, es a partir de la configuración peculiar de los aspectos sociales, económicos y culturales, incluyendo el acceso a los servicios de salud, que se pueden generar o exacerbar ciertos riesgos para la salud de las mujeres y traducirse en morbilidades agudas o crónicas y aun en la muerte de las mujeres afectadas. Es decir, el embarazo, el parto y el puerperio se desarrollan en contextos culturales y sociales específicos, con estructuras de desigualdad y discriminación –género, clase, etnia, generación, etc.—que impactan las condiciones de salud de las mujeres y las características de la atención de los servidores de salud.

La línea de análisis en esta ponencia la constituyen las desigualdades presentes en la experiencia de embarazo, parto y puerperio, en la búsqueda de atención por parte de las mujeres embarazadas, así como, en los servicios que brindan las instituciones de salud. Para ello se explorarán las prácticas y las construcciones culturales que se desarrollan durante estos eventos; tanto aquellas ejercidas por las mujeres y sus redes sociales como las desarrolladas por los servidores de la salud.

Estos eventos reproductivos se entenderán como aspectos constitutivos de las trayectorias reproductivas de las mujeres que también se ven influenciadas por las de distintas formas de exclusión social –género, clase, etnia, entre otros—y por la incidencia de las instituciones de salud pública a través de programas de salud reproductiva y políticas demográficas.

#### **De desigualdades y desencuentros. El acceso a la salud materna entre mujeres indígenas amuzgas y mixtecas en México.**

Lina Rosa Berrío Palomo, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México. [linaberrio@gmail.com](mailto:linaberrio@gmail.com)

#### *Resumen*

En esta ponencia se discuten algunos aspectos metodológicos para el estudio de la atención del embarazo, parto y puerperio en instituciones de salud pública en contextos sociales complejos, diversos y estratificados. La reflexión se realiza con base en varios estudios que analizan el impacto de distintos tipos de desigualdades y formas de exclusión en la atención del embarazo, parto y puerperio en contextos socioculturales urbano-populares en México. Estos trabajos se realizaron en el marco del proyecto de investigación “La transformación de las prácticas reproductivas en el México del siglo XXI” de la UAM Xochimilco.

Se considera que en el embarazo se produce no sólo la transformación del cuerpo de la mujer sino también de su vida cotidiana, sus relaciones y redes sociales. Así, es la configuración de aspectos biológicos, económicos, sociales y culturales, lo que determina la evolución del embarazo, del parto y del puerperio. Si bien el embarazo es una condición y no un problema de salud, es a partir de la configuración peculiar de los aspectos sociales, económicos y culturales, incluyendo el acceso a los servicios de salud, que se pueden generar o exacerbar ciertos riesgos para la salud de las mujeres y traducirse en morbilidades agudas o crónicas y aun en la muerte de las mujeres afectadas. Es decir, el embarazo, el parto y el puerperio se desarrollan en contextos culturales y sociales específicos, con estructuras de desigualdad y discriminación —género, clase, etnia, generación, etc.—que impactan las condiciones de salud de las mujeres y las características de la atención de los servidores de salud.

La línea de análisis en esta ponencia la constituyen las desigualdades presentes en la experiencia de embarazo, parto y puerperio, en la búsqueda de atención por parte de las mujeres embarazadas, así como, en los servicios que brindan las instituciones de salud. Para ello se explorarán las prácticas y las construcciones culturales que se desarrollan durante estos eventos; tanto aquellas ejercidas por las mujeres y sus redes sociales como las desarrolladas por los servidores de la salud.

Estos eventos reproductivos se entenderán como aspectos constitutivos de las trayectorias reproductivas de las mujeres que también se ven influenciadas por las de distintas formas de exclusión social —género, clase, etnia, entre otros— y por la incidencia de las instituciones de salud pública a través de programas de salud reproductiva y políticas demográficas.

### **Cuerpo y Reproducción en el Multiculturalismo. El caso de los Pankararu del Nordeste Brasileño.**

*Mirna Cruz Ramos, Universidade Federal da Bahia UFBA, Brasil*

### **“Tienes que buscar otro hospital”: acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica.**

*Susana Collado, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México.*  
[sarina94@hotmail.com](mailto:sarina94@hotmail.com)

### **Resumen**

Esta ponencia presenta los resultados de una investigación sobre la atención obstétrica en un Hospital de tercer nivel. Se analiza el proceso por el cual un grupo de mujeres embarazadas accede para su resolución obstétrica a una institución hospitalaria de la ciudad de México; se busca discutir cómo el sistema de referencia y contra-referencia, como parte de este proceso, oculta un fenómeno de multi-rechazo hospitalario. Se exploran los procesos y rutas institucionales que vivieron estas mujeres para lograr el acceso a la atención obstétrica hospitalaria, una vez que se encuentren en el puerperio, incorporando en el análisis sus experiencias con respecto a la atención recibida.

Se argumenta que las características del sistema de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención a la salud y los mecanismos institucionales que lo posibilitan, puede constituir un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna y una causal de morbi-mortalidad materna. En efecto ¿por qué no incluir entre las causas de morbilidad materna y negación y/o violación de los derechos reproductivos, al rechazo hospitalario y, en ocasiones, al multi-rechazo hospitalario?

Casi no existen estudios que hayan analizado las características del sistema de referencia y contra-referencia para la atención obstétrica en la ciudad de México, particularmente en relación con la morbilidad materna. Así, resulta relevante conocer cuántos hospitales visita una mujer embarazada para recibir atención obstétrica, los motivos y las consecuencias que tiene este multi-rechazo sobre la salud de las mujeres y el resultado obstétrico, pues bajo un panorama de



rechazo, no podemos dejar de preguntarnos ¿dónde quedan el derecho a la salud y el trato digno para las mujeres embarazadas?

### **Mortalidad materna y Seguro Popular.**

*Daniela Francisca Díaz Echeverría, Centro de Análisis e Investigación A.C., México.*  
[genero@fundar.org.mx](mailto:genero@fundar.org.mx)

#### *Resumen*

El trabajo aborda la tensión existente en México, entre el esquema financiero para el sistema de salud que provee los servicios a la población llamada abierta, y la disminución de la mortalidad materna, la cual es un indicador que refleja la desigualdad en el acceso efectivo a los servicios de salud vinculado a las inequidades de clase, género y etnia. Un dato categórico son las últimas cifras reportadas por la Secretaría de Salud: “Las mujeres que son atendidas por embarazo, parto o puerperio, en Oaxaca, tienen un riesgo de morir por estas causas del 4.6 veces más que las mujeres en Tlaxcala”.

Actualmente en diversos países de Latinoamérica la mortalidad materna se presenta como un punto central en su política pública en salud. A la par, se han desarrollado procesos de reforma en los sistemas de salud, enfocados a modificar sus esquemas financieros. Paradójicamente estos procesos en diversos casos no han conllevado la disminución de la muerte materna, ni un mejoramiento en la atención en salud materna; aun cuando sean países de ingreso medio.

En México las últimas cifras oficiales reflejan un aumento en la razón de la mortalidad materna: de 55.6 en 2007, pasó a 57.2 en 2008. Esto representa un incremento de 1,097 a 1,115 mujeres fallecidas por causas asociadas a complicaciones obstétricas. Difícilmente el país cumplirá su meta para el 2015 de una razón de 22.3, en el marco de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Inclusive México se coloca por arriba de otros países de la región, como demuestran los datos de la Organización Panamericana de la Salud para Argentina, Costa Rica, Cuba y Chile, que para el 2006 reportaron razones de mortalidad materna de un 47.8, 39.3, 49.4, y 19.8 respectivamente.

Aun cuando desde la política pública estatal están propuestas cuatro acciones. La más reciente *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, la cual da cuerpo a las propuestas de las especialistas académicas y activistas en salud materna, por modificar el paradigma de atención existente que estaba concentrado en la atención prenatal y la atención calificada del parto como consecuencia del enfoque costo-beneficio (en el contexto de ampliar la cobertura de los servicios de salud básicos), a uno centrado en resolver las urgencias obstétricas.

No obstante este contexto no se ha acompañado de una asignación específica de presupuesto público. El aumento sostenido del presupuesto al sector salud que supone la Ley General de Salud por la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud—, paradójicamente ha significado que los programas de salud reproductiva incluidos los de salud materna, están debilitados en términos financieros porque los recursos se concentran en la atención individual. Pues la reforma se basa en ofertar la atención a una serie de intervenciones en salud establecidas en un catálogo, debilitando la gestión de la política pública en salud, siendo una de las causas estructurales para la concentración de muerte materna en mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes y urbano-marginales; pues son las que acceden a los servicios de salud con mayores condiciones de rezago.

### **SESION 25**

**17:00 – 18:30**

### **Modelo de Calidad en Andalucía: Estrategias de Desarrollo**

#### **Modelo de Calidad en Andalucía: Estrategias de Desarrollo.**

*Antonio Torres, ACSA, España*

#### **Modelo de Acreditación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.**

*Diego Núñez, ACSA, España*

#### **Estrategia de Seguridad del Paciente: Observatorio de Seguridad del Paciente.**

*Vicente Santana, Observatorio de Seguridad del Paciente de Andalucía, España*

## SESION 26

17:00 – 18:30

### Reformas del sector salud

#### La reforma de la Sanidad del País Vasco, un enfoque hacia la atención de la cronicidad.

José Asua, Departamento de sanidad del gobierno vasco, País Vasco. [jasua@ej-gv.es](mailto:jasua@ej-gv.es)

#### Resumen

**Contexto:** La cronicidad es un fenómeno que plantea un reto global que requiere una respuesta sistémica, más allá de enfermedades concretas o colectivos específicos, que contemple desde los condicionantes estructurales y los estilos de vida que inciden en la progresión de las patologías, hasta las necesidades sociosanitarias del enfermo crónico.

A más cronicidad y mayor complejidad de los enfermos, mayores riesgos de mortalidad, de incapacidad y de desigualdad. Actualmente, las enfermedades crónicas representan el 80% de las consultas AP, 61% altas hospitalarias, 69% del gasto hospitalario y 77% del gasto sanitario. Se prevé que en el año 2020, las enfermedades crónicas causarán 3 de cada 4 muertes. Esto supone un reto a la Sostenibilidad del Sistema

Los sistemas actuales están organizados alrededor de los episodios agudos. El paciente tiene un rol pasivo en el manejo de su enfermedad, con un seguimiento esporádico, ignorando la atención en la comunidad e infrautilizando la prevención, así como tratamientos efectivos de bajo coste.

**Objetivo:** Realizar la gestión de la Cronicidad en Euskadi a partir de un planteamiento estratégico que sirva de marco para todas estas posibles intervenciones.

Así, la nueva Visión es mejorar la salud y el bienestar de los colectivos afectados por enfermedades crónicas, así como reducir la incidencia y el impacto de las mismas, con especial atención en la reducción de desigualdades socioeconómicas y de género.

**Necesidad de un nuevo rumbo estratégico:** Una parte importante de la reforma emprendida en el País Vasco toma como referencia el modelo Chronic Care Model y la elaboración de pirámides de estratificación de riesgos.

Se ha elaborado un modelo de atención que permite mejorar la prevención, detección precoz y gestión de la cronicidad, a través de un enfoque holístico, integrado y sostenible para el sistema, implicando a todos los partícipes:

- 1.- Adopción de un enfoque de salud poblacional, gestión de la salud poblacional planificada y proactiva y de reducción de las desigualdades en materia de salud
- 2.- Priorización de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades crónicas
- 3.- Incorporación de intervenciones eficientes y de calidad en el continuo de la enfermedad
- 4.- Potenciación del papel del ciudadano, su responsabilización y la autonomía del paciente crónico
- 5.- Impulso de una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, escenarios y sectores

Enfoque de la implementación de este cambio:

- Énfasis en iniciativas de abajo-arriba (liderazgo clínico)
- Con orientación y refuerzo de arriba-abajo:
- Evidencia de implementación, usando múltiples palancas de cambio
- Favorecido por los facilitadores del cambio: Liderazgo y capacitación, Alianzas estratégicas, Tecnologías de la información, Financiación, Investigación, innovación y gestión del conocimiento

La solución planteada supone una reforma organizativa fundamentada en la proactividad, con una mayor coordinación de recursos donde cobra relevancia la enfermería de enlace, potenciando el empoderamiento y el rol de autocuidado de los pacientes, lo que incrementa la adherencia a las terapias y el incremento de nivel de salud.

De esta manera, se han diseñado proyectos estratégicos, con énfasis en el trabajo de abajo arriba y en el aprendizaje contextual. Consideramos que es necesario la utilización de muchas palancas de cambio simultáneamente, lo que irá progresivamente ejerciendo como motor de cambio de una sanidad más orientada hacia los pacientes y, en especial, a los crónicos antes de que su estado se deteriore.

## **Análise da implantação da Reforma Sanitária na Bahia.**

Joana Molesini, Escola de Enfermagem da UFBA y Cristina Maria Meira de Melo, Brasil.  
[jmolesini@hotmail.com](mailto:jmolesini@hotmail.com)

### *Resumo*

A Reforma Sanitária é resultado do movimento social, iniciado no final dos anos 1970, que clamava pela democratização da sociedade brasileira e pela construção de um sistema nacional de saúde descentralizado e universal, assegurado na Constituição Federal de 1988 que define sua base legal. Na Bahia, estudos registram avanços e retrocessos na implantação da Reforma Sanitária associados às mudanças na gestão política do Estado e do País no final desta década. O objetivo do estudo é analisar a gênese da implantação da Reforma Sanitária na Bahia no período entre 1987 a 1989. É um estudo de caso de caráter exploratório e analítico, tomando como recorte o espaço institucional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Insere-se na dimensão da História Política e utiliza-se a abordagem da Micro História. Na coleta das informações foram utilizados documentos e entrevistas. Foram entrevistados sujeitos instituídos e sujeitos de grupos naturais. Buscou-se reconstruir acontecimentos na perspectiva do primeiro informante a ser entrevistado, o então gestor da Secretaria da Saúde no período do estudo. Utiliza-se elementos do *narrative inquiry* como ponto de partida para identificar as epifanias e o foco principal da narrativa para em seguida selecionar outros informantes, e com estes fazer entrevistas focadas. Com a análise dos documentos visou-se corroborar e valorizar as evidências oriundas das narrativas. Utiliza-se da análise temática e do método relacional para descobrir similitudes e diferenças relacionadas ao contexto da política estadual de saúde no período estudado. Os resultados são apresentados em um cronograma histórico com relatos de informações que identificam a gênese do processo de implantação da Reforma Sanitária no estado, através de trechos do narrador, e da construção de uma narrativa construída pelas autoras. Verifica-se que a gênese da Reforma Sanitária na Bahia teve no movimento da Reforma Psiquiátrica seu primeiro processo de discussão, seguindo do movimento da Renovação Médica brasileira. Os conteúdos para divulgação da Reforma foram produzidos por intelectuais orgânicos membros de universidades públicas. O marco da assunção da Reforma na Secretaria é a eleição de um grupo político de oposição para governar o estado, permitindo a inserção de formuladores do ideário da Reforma Sanitária na execução da política de saúde e na construção do novo sistema estadual de saúde.

## **Cambios recientes en el diseño institucional del sistema de salud venezolano.**

Yajaira Fernández Ávila, Universidad Central de Venezuela. Escuela de Salud Pública. Venezuela.  
[yajairafernandezavila@gmail.com](mailto:yajairafernandezavila@gmail.com)

### *Resumen*

**Objetivo de la investigación:** Evaluación de los cambios recientes en el sistema de salud venezolano, desde la perspectiva de eficiencia y equidad del nuevo diseño institucional.

**Contexto y la descripción del problema:** El sistema de salud venezolano ha tenido cambios importantes en los últimos años, en cuanto a la creación de una importante red de atención primaria, un incremento del financiamiento público orientado a la compra de seguros privados y la creación de programas especiales (misiones) para atender problemas de salud específicos y dirigidos a poblaciones vulnerables.

**Las teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados:** Se utilizan herramientas de la economía de la salud, específicamente las relacionadas a evaluación de eficiencia y equidad que proporciona el nuevo diseño institucional. En este sentido, la teoría económica de contrato sirve como marco teórico de análisis de las nuevas relaciones que se establecen entre los diferentes actores del sector, entre las diferentes organizaciones públicas y las relaciones público-privado. Las principales fuentes de información son las siguientes: información de los distintos programas, leyes y resoluciones, estadísticas oficiales de la gestión de los diferentes programas de salud, estadísticas de los resultados obtenidos (incluyendo la epidemiológica), estadísticas de los sectores privados (servicios de salud y aseguradoras) y entrevistas.

**Los resultados y la discusión sobre lo expuesto:** (1) Como la creación de nuevas estructuras crea un paralelismo institucional al no estar insertadas en la red de servicios existentes, duplicando actividades, generando una utilización ineficiente de recursos y sin aprovechamiento

de la red de servicios existentes, con un impacto negativo en la eficiencia y equidad. (2) Como algunos aspectos del nuevo diseño, especialmente los vinculados a la atención primaria tienen un impacto positivo en cuanto a la cobertura de la población y el acceso de los servicios y medicamentos, así como en el incremento de la participación ciudadana. (3) Como el mayor financiamiento público ha tenido un impacto positivo en el acceso a los servicios y medicamentos. (4) Las consecuencias en términos de eficiencia y equidad de las nuevas relaciones público-privado en cuanto a la prestación de servicios y el aseguramiento.

## **SESION 27**

**17:00 – 18:30**

### **La salud de los migrantes**

#### **O acesso aos serviços de saúde por emigrantes brasileiros nos Estados Unidos.**

*Norberto de Almeida Duarte, Fundação Getulio Vargas / EAESP y Álvaro Escrivão Junior, Brasil.*  
[norbert@uai.com.br](mailto:norbert@uai.com.br)

#### *Resumo*

A análise do atual contexto político e econômico existente nos EUA, que envolve o acesso e utilização de serviços de saúde pelos imigrantes diz respeito aos mais de 20 milhões de indivíduos estrangeiros que residem naquele país e não possuem seguro saúde. Essa população corresponde a 43,8% dos 46 milhões de pessoas que não possuem cobertura de provedores privados de saúde nos EUA, sendo 10,5 milhões residentes sem documentação para viver no país. Para explorar as necessidades, o acesso e a utilização dos serviços de saúde americanos pelos emigrantes de Governador Valadares, MG, Brasil, localidade onde teve origem a primeira rede social migratória internacional de brasileiros, o presente estudo investigou as experiências de 14 emigrantes nos serviços de saúde americanos. A amostra foi selecionada por meio da técnica *snowball*. Foram elaboradas questões relacionadas à documentação, local de residência, profissões exercidas, utilização de serviços de saúde, a necessidade de internações hospitalares, a realização de exames diagnósticos e de cirurgias, a preexistência de doenças crônicas, a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho, a cobertura de planos de saúde, a natureza dos serviços utilizados, a estimativa dos valores gastos com a utilização de serviços de saúde e a percepção de qualidade dos profissionais e dos serviços norte-americanos. As informações recolhidas junto aos emigrantes valadarenses permitem afirmar a viabilidade do acesso e da utilização dos serviços de saúde subsidiados pelos governos federal, estaduais e municipais nos Estados de Massachusetts e em Connecticut, onde se concentram mais da metade dos valadarenses residentes nos EUA. O acesso aos serviços de saúde pelos emigrantes valadarenses, portadores de *Green Card* e residentes em Massachusetts, acontece por meio dos programas públicos federal e estaduais. Já os entrevistados que são indocumentados utilizam os serviços de saúde por meio de programas co-financiados pelo Estado e organizações não-governamentais. Em geral, os emigrantes valadarenses consideraram a qualidade dos profissionais e dos serviços norte-americanos como “excelente”.

#### **Estrés laboral y desgaste profesional (burnout) en el personal de enfermería de un centro médico de seguridad social ubicado en la Ciudad de Toluca, Estado de México (2009).**

*Patricia Mercado Salgado, Universidad Autónoma del Estado de México y Margarita Bahena Brito, México.* [pat\\_mersal@yahoo.com](mailto:pat_mersal@yahoo.com)

#### *Resumen*

**Objetivo.-** Describir las fuentes de estrés en el trabajo y el nivel de desgaste profesional (burnout) en el personal de enfermería de un centro médico ubicado en la ciudad de Toluca, con la finalidad de construir propuestas orientadas a su afrontamiento.

**Contexto y descripción del problema.-** El entorno laboral y social en que la enfermera realiza su profesión representa cada vez más demandas físicas, mentales y emocionales, debido a: contacto con personas enfermas, agonizantes y hasta la muerte; aumento de enfermedades crónico degenerativas acompañadas de prolongadas estancias hospitalarias; incremento de la carga laboral por certificaciones (institucional y profesional), cambios de tecnología electromédica y

hasta la inasistencia de una compañera de trabajo; la propensión a enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Además de lo anterior, una alternativa para hacer frente a la crisis económica o equilibrar el bajo sueldo, es tener dos trabajos, uno de lunes a viernes y otro en fin de semana; o uno de día y otro de noche.

**Perspectiva teórica.-** El estrés en el trabajo se aborda desde la teoría de la interacción social, mientras que para el desgaste profesional, se parte del modelo de tres factores de Maslach y Jackson (1981): agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización personal.

**Material y métodos.-** A una muestra probabilística de 89 enfermeras con contratación permanente y con una antigüedad mínima de un año, se aplicó durante septiembre 2009 un cuestionario de 63 reactivos utilizando escala intervalar, para medir 5 componentes del estrés en el trabajo (ambigüedad en el rol, conflicto del rol, carga de trabajo, ansiedad producida por el trabajo y características organizacionales) y 3 del síndrome de desgaste profesional. La **hipótesis** es que el personal de enfermería enfrenta niveles moderados de burnout y éste se relaciona con las fuentes de estrés, misma que fue confirmada.

**Resultados y discusión.-** El instrumento alcanzó niveles de confiabilidad superiores a .50. El conflicto en el rol, la carga de trabajo y algunas características organizacionales como la comunicación interdepartamental son las principales fuentes de estrés; el personal arrojó niveles moderados de desgaste profesional y se detectaron correlaciones significativas entre los factores estudiados.

**Temas a discutir a lo largo de la sesión de la presentación.-** Perspectivas teóricas, pruebas estadísticas, resultados y construcción de propuestas de afrontamiento.

## **SESION 28**

**17:00 – 18:30**

### **Políticas de medicamentos**

#### **Qu'est-ce qui ne fonctionne pas avec les politiques sur le médicament orphelin?**

*André Cote, Université Laval y Bernard Keating, Québec*

##### *Résumé*

La présente communication vise à jeter regard critique sur les effets induits par les politiques de médicaments orphelins à l'aide d'un éclairage empirique : Éclairage résultant d'une revue de la littérature scientifique et d'une recherche dans les bases de données.

Nous documentons ainsi cinq effets non prévus par les législateurs lors de l'implantation de ces politiques, à savoir : 1) l'inaccessibilité des médicaments orphelins en raison des prix, 2) une concentration dans des champs thérapeutiques particuliers, 3) une façon commode de recycler des molécules obsolètes, 4) une incitation à prescrire en mode « Off-Label » et 5) l'émergence de « blockbusters » nouveau genre.

Nous identifions six facteurs expliquant ces distorsions par rapport à l'image véhiculée. Le premier est l'importance démesurée que donnent les fabricants à la technologie médicamenteuse. Le second est l'utilisation stratégique des politiques de médicaments orphelins comme des opportunités d'affaires. Le troisième facteur renforce le deuxième en fournissant une voie rapide aux fabricants désireux de regarnir leur « pipeline » de nouvelles drogues. Le quatrième découle du processus de multiplication des maladies rares et le cinquième se réfère à la désarticulation du système de réglementation. Enfin, le sixième facteur est le recours à une structure conçue en fonction d'une médecine de cohorte pour générer une médecine individuelle et le coût astronomique qui en découle.

Nous concluons avec quelques actions que nous considérons comme étant appropriées d'appliquer pour redonner aux politiques sur les médicaments orphelins la légitimité issue de leurs objectifs premiers.

#### **Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil: uma revisão sobre o caso o acesos a medicamentos.**

*Tulio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Brasil*

##### *Resumo*



Este estudo refere-se à revisão bibliográfica sobre a questão da judicialização das políticas de saúde no Brasil. A análise do material indica que há um grande volume de ações judiciais, sobretudo para o acesso a medicamentos. Método: Foram realizadas buscas nas bases Scielo, Cochrane, Medline e Lilacs, e publicações de entidades vinculadas à área da saúde. A busca pelo descritor “judicialização” retornou 10 artigos na base Lilacs, dos quais 7 especificamente sobre a saúde; na cochrane não retornaram artigos para o descritor judicialização; e foram encontrados 12 na base Scielo onde não há registro de artigos mencionando a saúde. Diante da baixa frequência foi pesquisado o descritor “medicamentos” na base Scielo, e retornaram 358 artigos, dos quais apenas 5 se referiam a ações judiciais envolvendo medicamentos. Discussão: Percebeu-se que o tema da judicialização da saúde não tem uma ampla difusão nas bases pesquisadas, embora haja uma grande relevância atualmente. Estudo do Ministério da Saúde informa que de 2005 a 2008 houve um crescimento de 1.920% nas ações judiciais contra o próprio Ministério, envolvendo ações por medicamentos. Em 2005 foram 387 ações; 2006, 2.625 e 2007, 2.979; tendo isto custado 2,5 milhões, 7 milhões e 15 milhões de reais respectivamente. Os medicamentos objeto de decisão judicial nem sempre constam da lista SUS; ou às vezes não têm sua eficácia comprovada para determinado tipo de nosologia, como revelam os seguintes casos: 1. No Rio de Janeiro foram analisadas 27 ações, decididas em 2ª instância em 2006, arquivadas em 2007 e em cujas ementas dos acórdãos constavam os termos medicamento e essencial. Mais da metade (57,4 por cento) dos medicamentos solicitados pertencia à lista do SUS, no entanto, em 81,5 por cento das ações havia solicitação de pelos menos um medicamento não pertencente. 2. Em São Paulo estudo realizado com base em 7 medicamentos antineoplásicos indicam que uma média de 14,1% em 2006 e 16,9% em 2007 dos medicamentos solicitados em ações judiciais não havia evidência de eficácia para o tratamento indicado, tendo os mesmos custado aos cofres públicos do estado R\$ 2.209.691,36 em 2006 e R\$ 4.661.235,47 em 2007. Conclusão: A revisão conclui pela necessidade de aumento de pesquisas na área; o tema é absolutamente relevante para pensar a política de acesso ao sistema de saúde; é necessária melhor avaliação da política de incorporação de tecnologias ao SUS, sobretudo quanto ao critério da sua eficácia.

## SESSION 29

17:00 – 18:30

### Experiencias Nacionales en Sistemas de Salud

#### Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS.

Amélia Cohn, Universidade Católica de Santos y Rosa Maria Ferreiro Pinto, Brasil.  
[amelcohn@uol.com.br](mailto:amelcohn@uol.com.br)

#### Resumo

**Objetivo:** após 22 anos da existência constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), há que se debruçar sobre suas conquistas e insuficiências para que novos avanços sejam propostos. **Tese:** a tese que aqui se apresenta é a de que se esgotou o primeiro grande ciclo da Reforma Sanitária brasileira, que pode ser datado dos anos 70 a 90, e que foi vitorioso, porém manifesta-se hoje como insuficiente diante das novas particularidades da realidade social e econômica brasileira. Não se trata aqui de discutir se se tratam de duas reformas, ou de apenas uma, a mesma, mas certamente de que um novo ciclo reformista se impõe para o setor da saúde, e agora como uma opção drástica: para que se avance nos preceitos do SUS e da legalidade constitucional da saúde, basta realizar uma reforma *na* reforma, ou uma reforma *da* reforma? A indagação que fica é se, uma vez dados os primeiros passos decisivos na implantação do SUS, a partir de finais da década de 90, não se vai paulatinamente transitando para uma Reforma Sanitária do tipo incremental, traduzindo-se numa tecnificação das políticas de saúde e da produção do conhecimento na área, em detrimento da sua dimensão emancipatória original e que tem que ser retomada.

**Teoria e métodos:** recorre-se à produção na área da Saúde Coletiva sobre políticas e sistema de saúde nas últimas décadas. **Discussão:** apontam-se principais desafios que o SUS e o sistema de saúde no Brasil hoje enfrentam para avançar no cumprimento das diretrizes centrais dos preceitos constitucionais brasileiros de 1988, em termos de financiamento, relação público/privado, acesso, equidade, gestão e gerência dos serviços. Nesses 20 anos de SUS não se romperam ainda as amarras estruturais da racionalidade anterior do sistema de saúde brasileiro, aí residindo os riscos de retrocesso nas conquistas desse período.

## **MACONDO: per una rete regionale di cure palliative integrate tra territorio e ospedale.**

*Barbara Curcio Rubertini, Università di Bologna, Debora Formisano, Poletti Nicola y Cristina Pedroni, Italia*

### **Riassunto**

**Contesto:** Il Progetto MACONDO (Mantenere il CONTROLLO del DOLORE) nasce sul tavolo di coordinamento del Programma Ricerca & Innovazione della Regione Emilia Romagna.

Nel contesto dell'Emilia-Romagna, la ricerca valutativa in Cure Palliative comprende due "bracci":

- Regionale, denominato "Valutazione e miglioramento dell'assistenza domiciliare al paziente oncologico, con particolare riferimento al riconoscimento e controllo del dolore in una rete di assistenza integrata";

- Inter-regionale, condiviso e promosso con altre 4 Regioni (Piemonte, Liguria, Veneto, Lombardia) denominato "Experimental evaluation of the effectiveness of quality programs to improve pain management both in hospital and at home".

**Obiettivi:** Fornire un quadro conoscitivo e condurre una analisi ecologica, per valutare, comparativamente tra i diversi territori, le opportunità di accesso alle Cure palliative e, in particolare, alla presa in carico del dolore oncologico cronico.

**Materiali e metodi:** Sono stati attivati 5 sottoprogetti, i cui risultati devono essere messi in relazione tra loro:

1. Studio delle caratteristiche dell'organizzazione (struttura, processi e risultati) della Rete delle Cure Palliative.
2. La voce degli operatori (questionario individuale sulle competenze e i comportamenti, diretto a tutti gli operatori, dipendenti e convenzionati, dei tre setting assistenziali: domicilio, hospice, ospedale).
3. Il dolore inutile: studio delle determinanti psicosociali che influenzano la presa in carico e il trattamento del dolore in oncologia
4. Studio di prevalenza del dolore nei malati oncologici, in tutti i setting: domicilio, hospice, ospedale
5. Studio di incidenza del dolore cronico in una coorte di malati oncologici, in collaborazione col Registro Tumori della Romagna

**Risultati:** Verranno discussi i risultati dell'analisi sulle caratteristiche organizzative della Rete delle Cure Palliative in Emilia Romagna, con particolare riferimento alla forte variabilità riscontrata sui seguenti punti:

- Formalizzazione e struttura (i nodi della rete)
- Relazioni funzionali e Comunicazione (chi supporta chi)
- Pianificazione e indicatori per la verifica dei risultati
- Profili di competenza e formazione
- Audit e Linee Guida.

Lo studio permette di misurare differenti livelli, qualitativi e quantitativi, di offerta di servizi e di accesso alle cure, che sono messi in relazione, per una valutazione più completa di equità ed appropriatezza, con i risultati degli studi che hanno coinvolto operatori, utenti e comunità locali.

## **Estudo comparado sobre a resolutividade dos sistemas de saúde em Portugal e Brasil.**

*Auta Stephan-Souza, UFJF y Leda Leal de Oliveira, Brasil*

## **Guatemala. El sistema de salud bajo la propuesta neoliberal y los Acuerdos de Paz.**

*José Miranda Gómez, Instituto de Salud Incluyente -ISIS-, Guatemala y Carolina Tetelboin Henrion, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco -UAM-X-, México. [chepemiranda@gmail.com](mailto:chepemiranda@gmail.com)*

### **Resumen**

El año de 1996 tuvo un doble significado para Guatemala. Por un lado, el arribó al poder de un gobierno de derecha progresista de corte empresarial que retomó e implementó la agenda social del Ajuste Estructural impulsada por el BID para el país, lo cual significó el cambio cualitativo de las funciones del Estado y, por el otro lado, la firma de los Acuerdos de Paz entre el gobierno

guatemalteco y la Unidad Nacional Revolucionaria Guatemalteca –URNG- que puso fin a la represión estatal de treinta y seis años.

El objetivo de esta presentación es mostrar cómo se fue modificando el sistema de salud guatemalteco a partir de los Acuerdos de Paz (1996) y a lo largo del período siguiente. Para ello, se analizan los siguientes componentes del sistema sanitario: el modelo de gestión, el modelo de financiación, y el modelo de Atención. El análisis se realiza a partir de cuatro de los componentes de la segunda fase del Ajuste Estructural: la privatización de empresas públicas, la flexibilización de los mercados de trabajo, la vulneración de los sindicatos, y la administración de la pobreza.

Tras el cambio de gobierno y la firma de los acuerdo de paz (1996), y a lo largo del período de gobiernos civiles bajo la influencia neoliberal (1996-2009), el sistema de salud fue reorientado bajo un proceso descentralizador que tuvo como objetivo el combate a la pobreza. Para ello, se recurrió a una desconcentración administrativa para ampliar la cobertura de atención, se reorientaron las fuentes de financiamiento para activar el mercado de la salud, se reorganizó políticamente al sector, y éste se refuncionalizó institucionalmente al incorporar a terceros privados dentro de su estructura para la prestación de servicios de salud. Así, los otrora servicios de orientación estatista, públicos, universales, holísticos y empoderadores, terminaron por ser reconvertidos en servicios de atención médica individualizada, focalizada, y constituyentes de una mezcla público-privada sin casi ninguna regulación y generadora de diversas formas de impunidad.