

Sábado 4 de Septiembre

SESION 31

09:00 – 10:30

Estrategias de acceso a medicamentos

Más copago o más eficiencia en la prestación farmacéutica.

Ángel María Martín Fernández-Gallardo, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España

Resumen

Objetivo: Analizar el nivel de ineficiencia en la prescripción de medicamentos prescritos en un Servicio de Salud, como argumento frente a un mayor copago.

Contexto y la descripción del problema: El Sistema Nacional de Salud español dedicó 12.506 millones de euros para financiar los tratamientos farmacoterapéuticos prescritos en 2009 y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) 786 millones para los de los ciudadanos su Comunidad, año que incrementamos el presupuesto un 7%, y el gasto en medicamentos aumento un 7,5% pasando del 29,2% al 29,3% del presupuesto.

Cada año el incremento del gasto farmacéutico en España ejerce una elevada tensión sobre el presupuesto sanitario y periódicamente se plantea en los medios si se debe aumentar el copago de los ciudadanos por los medicamentos que consumen.

Teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados: La hipótesis del trabajo es que existen demasiadas ineficiencias en la prescripción de los medicamentos que financiamos como para hacer recaer en los ciudadanos nuestras carencias para actuar adecuadamente sobre ellas.

Cuantifico dos clases de ineficiencias:

Porque existen otros idénticos más baratos.

Porque se prescriben formas farmacéuticas innovadoras y se podrían prescribir las tradicionales.

He tomado como base los datos la explotación informatizada de la prestación farmacéutica del SESCAM en 2009 y los precios oficiales del Ministerio de Sanidad. He analizado y cuantificado las ineficiencias de los 10 principios activos más consumidos que supusieron un importe de 104,8 millones de euros.

Resultados y discusión sobre lo expuesto: El importe económico de las ineficiencias en estos 10 principios activos se cuantifican en 24,5 millones de euros, un 23,4% del importe, lo que nos habla de una importante bolsa de ineficiencia en la gestión de esta prestación que deberíamos abordar de manera prioritaria antes de plantearnos otras más costosas para los ciudadanos.

Temas que se quiere discutir a lo largo de la sesión de la presentación: ¿Es éticamente correcto defender que los ciudadanos paguen más por los medicamentos que necesitan mientras existe un 23,4% de sobrecoste sin ningún valor terapéutico adicional en los medicamentos que paga el Sistema Público Sanitario en España?

El medicamento en Argentina como eje de políticas sociales alternativas. Situación actual y opciones posibles.

Florencia Cendali, Universidad Nacional de Luján y José Carlos Escudero, Argentina.
fcendali@uolsinetis.com.ar ó florcendali@hotmail.com

Resumen

En este encuentro se espera hacer un aporte sobre las políticas sociales referidas al campo de la salud, y reflexionar sobre el rol de los medicamentos, cuya influencia en los fenómenos demográficos de mortalidad, morbilidad y natalidad son indiscutibles.

En medicamentos sorprende que un bien social que gasta el 25% del total invertido en salud en el mundo haya sido poco estudiado y se hayan postulado pocas alternativas ante la situación actual, donde la crisis mundial vigente afecta a miles de millones de personas, cuya capacidad de consumo de satisfactores esenciales (alimentos, acceso a atención de salud, etc.) esta comprometido; mientras que en paralelo se gastan enormes sumas de dinero en medicamentos con costos excesivos y con baja prioridad para el perfil epidemiológico de la población mundial.

Se buscará reflexionar sobre el papel potencial del Estado Argentino para disminuir los costos-gastos en medicamentos en la actual coyuntura, y mejorar su calidad y su perfil de oferta para beneficiar la salud de la mayoría de la población.

En particular se describirá la situación del mercado de medicamentos en Argentina y sus diferentes actores sociales: 1) la oferta, con variedad de proveedores (laboratorios, droguerías, etc.); 2) la demanda, dividida en consumidor final y mayorista; 3) los pacientes-clientes como consumidores cautivos del mercado; 4) la coexistencia de tres subsistemas de salud; 5) las activas políticas de corrupción por parte de la industria, para vender medicamentos que les aportan más ganancias; 6) la actividad de los medios de comunicación promoviendo medicamentos, y que soslayan información sobre costos y daños; y 7) el papel del Estado que se presenta como ejecutor de políticas de regulación, con intentos de producción pública, pero que contradictoriamente se convierte en una pieza más del mismo mercado.

Ulteriormente se desarrollarán tres ejes de análisis:

- 1) Caracterización del mercado de medicamentos, sus actores y objetivos.
- 2) Descripción de la política actual que se ejecuta desde el Estado argentino.
- 3) Análisis de posibles escenarios diferentes y de alternativas futuras de políticas de medicamentos por el Estado Nacional argentino.

Como resultado, se espera dar cuenta, frente a este contexto capitalista en crisis, de las potencialidades del Estado Argentino de llevar a cabo políticas públicas más proactivas, apoyándose alternativamente en actores sociales con intereses contradictorios, con el objetivo de mejorar la salud colectiva argentina.

Ligações perigosas: a farmaindústria, associações de pacientes e as batalhas judiciais pelo acesso aos medicamentos.

Jussara Calmon, Instituto de Saúde da Comunidade, UFF y Aline Scaramussa De Prá, Brasil.
jucalmon@vm.uff.br

Resumo

Os medicamentos alopáticos tornaram-se o centro das práticas médicas hegemônicas, sendo considerados essenciais para o seu exercício, embora parcelas significativas de populações não tenham acesso a esses produtos. Observam-se, no cenário internacional, iniciativas em prol da garantia de atenção terapêutica, principalmente para usuários de países periféricos, onde a exclusão é geralmente maior. No caso brasileiro, o acesso a medicamentos é colocado como pedra angular da Política Nacional de Medicamentos, onde se afirma que os gestores do Sistema Único de Saúde devem "(...) assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (...)". Entre os produtos farmacêuticos que o SUS deve disponibilizar, destacam-se aqueles pertencentes ao Programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que são, majoritariamente, de uso contínuo e de alto custo, utilizados no tratamento de doenças crônicas e raras. Por representarem custo elevado, há regras e critérios específicos para sua dispensação. Mas, seja por falhas na distribuição, seja por critérios excludentes que se tornam empecilhos ao acesso, os usuários recorrem cada vez mais à Justiça para garantir o seu fornecimento. Por um lado, esse processo pode indicar uma maior conscientização dos cidadãos quanto ao direito à saúde como dever do Estado. Porém, o volume crescente de processos judiciais vem chamando atenção de gestores e de pesquisadores dos campos da saúde e do direito, devido ao seu impacto nos custos e na saúde da população. Neste trabalho apresentamos reflexões preliminares sobre o tema, com base em levantamento bibliográfico realizado para fundamentar uma pesquisa acerca das recentes estratégias utilizadas pelas indústrias farmacêuticas junto aos pacientes, em casos de processos judiciais relativos a medicamentos inovadores e de alto custo no sistema de saúde brasileiro. O foco da investigação estará na relação entre setor farmacêutico e ONGs: como se dá o acesso aos grupos? Quais as principais estratégias utilizadas? Qual o impacto, para a saúde e para o SUS, de tais parcerias? Defendemos a importância dessa análise para o debate político sobre o acesso a medicamentos, com base em critérios que de fato visem à saúde da população, e não aos interesses econômicos tão fortemente presentes no setor.

SESION 32

09:00 – 10:30

Salud en el trabajo

Seguridad social, políticas públicas y salud mental de los trabajadores mexicanos. Reflexiones sobre los ambientes laborales y los derechos humanos.

Martha Isabel Angeles Constantino, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Edith Cortés Romero y Laura Elizabeth Benhumea González, México

Condiciones laborales y de salud de los trabajadores del volante del Distrito Federal.

Luis David Berrones Sanz, Universidad Autónoma de la Ciudad de México y Roselia Arminda Rosales Flores, México. luis.berrones@uacm.edu.mx

Resumen

Objetivo. Caracterizar las condiciones laborales de los trabajadores del volante del Distrito Federal y describir sus condiciones de salud/enfermedad. **Contenido.** Para estudiar el perfil epidemiológico de este grupo colectivo se caracterizó su actividad laboral como un oficio mayoritariamente masculino, actividad semiespecializada (Aguilar Nery, 1999), con formas particulares de representarse a sí mismos y ante los otros (Geertz, 1991). La descripción del proceso de trabajo implica conocer los riesgos y exigencias laborales, la satisfacción, bienestar, calidad de vida en el trabajo, las características socioeconómicas y demográficas de los trabajadores del volante. **Teoría, Métodos y Material.** Se analizan las características del proceso de trabajo (riesgos y exigencias), la satisfacción, bienestar y calidad de vida en el trabajo como determinantes de los procesos salud/enfermedad. Para el abordaje metodológico se aplicó un cuestionario supervisado, que en su versión final contenía 65 preguntas. El Estudio se desarrolló en el centro de capacitación “la Virgen” del Centro para el Fomento de la Educación y la Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México durante abril de 2010. Participaron 260 personas de un total de 400,000 que se calculan que trabajan en el Distrito Federal, lo que representa un error de 0.0309 para un intervalo de confianza de 95%. La muestra es aleatoria simple y sin reposición. La encuesta fue considerada como parte obligatoria del trámite. El período de recopilación de información de datos tuvo una duración de dos días, y la encuesta fue aplicada por seis personas en forma simultánea. **Resultados y conclusiones.** Los porcentajes de los indicadores, que caracterizan las condiciones laborales, arrojan evidencia empírica de que los trabajadores del volante se encuentran en situaciones de gran exigencia física y mental, que determina el perfil patológico de este grupo. Vinculando, estos datos, con los procesos sociohistóricos; la desaparición de Ruta100 y la crisis económica de 1995, marcan un punto de inflexión, que generó, la desregulación del servicio, su privatización, flexibilización laboral, dando como resultado estas condiciones laborales.

Estrés y Exigencias Laborales según el tipo de contrato.

Ma. Luisa Leal García, Universidad Autónoma de Querétaro, María Lorena Alcocer Gamba, Marco Antonio Carrillo Pacheco, Elia Socorro Díaz Nieto, México. lealgar@gmail.com

Resumen

El presente trabajo muestra el grado de asociación existente entre el estrés en el trabajo y las exigencias laborales según el tipo de contrato, es decir empleados sindicalizados (obreros) y empleados de confianza (administrativos) en un específico centro de trabajo, dedicado a la fabricación de autopartes, el estudio es de tipo correlacional, de campo, transversal de comprobación de hipótesis con un diseño no experimental sin intervención directa de la variación concomitante de las variables independientes y dependiente (Kerlinger y Lee 2001), para conocer precisamente los perfiles de Estrés Ocupacional, se utilizó el SWS—Survey©, de Salud Mental, estrés y trabajo (Gutiérrez y Ostermann 1994) cuyas siglas (en inglés) corresponden a los conceptos Self, Work, Social, y el Programa de Evaluación y Seguimiento de Salud laboral (PROESSAL) (Noriega, Franco, Martínez, Villegas, Alvear, López 2000) en su apartado de Exigencias laborales, y guía de observación, para realizar el análisis estadístico se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 9.0 para windows.

A través del conocimiento de la relación que se establece entre el estrés en el trabajo y las exigencias laborales, donde hubo ciertas diferencias significativas en sus características sociodemográficas, por grupos y características de trabajo, se proponen alternativas de intervención que mejoren o modifiquen las condiciones de trabajo y con ello, la salud integral de los trabajadores.

SESION 33

09:00 – 10:30

Atención a la salud de migrantes y poblaciones indígenas

Acesso e equidade em saúde- obstáculos e dilemas nos sistemas locais de saúde em áreas de fronteiras.

Vera Nogueira, Universidade Católica de Pelotas y Roser Pérez Giménez, Brasil, España

Resumo

Conteúdo: Este trabalho discute as dificuldades e os dilemas dos gestores dos sistemas locais de saúde em áreas de fronteira face aos determinantes territoriais na atenção às desigualdades em saúde em decorrência da descontinuidade legal do mesmo espaço geográfico mas não político. Assinala como as assimetrias na distribuição dos serviços sanitários dos países devido a variáveis de contexto, a organização do sistema, seu nível e grau de cobertura e recursos disponíveis, condicionam as desigualdades em saúde junto a população residente em áreas fronteiriças. Devido a proximidade de sistemas de saúde, distintos em sua provisão, organização e financiamento, a demanda se direciona ao sistema com maior potencial resolutivo, amplitude dos graus de universalização e critérios de acesso flexíveis. O impacto desta demanda é apontado por gestores locais de saúde identificando os obstáculos tanto para a organização e gestão dos sistemas locais nestas áreas, como para o incipiente processo de integração regional fronteiriça. Não enfocando o sistema de saúde nos seus aspectos técnicoorganizacionais, assinala os desafios recentes para incorporação dos não nacionais, apontando paradoxos e contradições que se encaminham para o campo éticopolítico.

O tema da atenção à saúde em áreas fronteiriças aparece timidamente no debate na primeira metade da década de 2000, essencialmente orientado pela Organização Mundial de Saúde. Hoje se identifica maior número de estudos sobre a questão, notadamente em regiões onde os conflitos sociais são mais candentes, ou apresentam maior visibilidade, como o limite entre México e Estados Unidos. Na América Latina, somente nos últimos quatro anos houve um relativo adensamento da produção e, no mais das vezes, voltado para aspectos epidemiológicos e de vigilância sanitária. Sobre a situação dos sistemas de saúde, iniquidades em saúde, situações perversas e evitáveis vivenciadas na região fronteiriça, pouco se tem publicado.

Os referenciais teóricos transitam entre as categorias conceituais desigualdades em saúde, acesso e acessibilidade e direito à saúde, incluindo aspectos normativos incidentes sobre a temática da saúde em áreas fronteiriças. O estudo foi desenvolvido no sul do Brasil, na linha da fronteira entre Brasil, Uruguai, Paraguai e Argentina e na Espanha, área de fronteira com França e Portugal. No plano metodológico constou de entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde dos espaços acima definidos e pesquisa documental sobre legislação fronteiriça.

Temas a serem discutidos : Desigualdade em saúde como categoria multidimensional. Sistemas de Saúde como síntese da articulação de interesses técnicos, políticos e culturais. Territorialidade como espaço geográfico transitivo e não unicamente como limite legal entre países, Fronteiras como espaço de vida em comum.

Contribuição – Ademais de ampliar o debate sobre o tema, a comunicação permite incorporar categorias vinculadas aos determinantes territoriais em saúde como combinação de processos sociais, políticos e a concepção de desigualdades territoriais.

Indicadores de gobernanza y protección social en la salud de emigrantes mexicanos indocumentados en los Estados Unidos de América.

Armando Arredondo, Instituto Nacional de Salud Pública, E.Orozco, S. Wallace y M. Rodríguez, México. aarredon@insp.mx

Resumen

Objetivo: Identificar indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias de protección social en la salud de los migrantes y sus familiares. **Material y métodos:** Diseño transversal de investigación evaluativa. Utilizando el modelo de análisis de gobernanza en sistemas de salud desarrollado para América Latina, se emplearon las técnicas de análisis documental, análisis político (mapeo de actores), entrevistas a profundidad y estudios de caso. En la primera etapa se realizó mapeo de actores clave a nivel federal y se entrevistaron directivos y funcionarios de salud, diputados federales, senadores y miembros del servicio exterior. En la segunda etapa se realizó trabajo de campo en el estado de Guanajuato; se entrevistaron funcionarios de los servicios estatales de salud, funcionarios del gobierno estatal, funcionarios municipales, trabajadores de unidades de salud, representantes de OSC y familiares de migrantes. El análisis de entrevistas se realizó mediante el programa ATLAS-Ti; el mapeo de actores y análisis de factibilidad se apoyó en el programa POLICY-MAKER. **Resultados:** Los principales resultados permitieron identificar una lista de oportunidades y barreras respecto a los actores sociales, los espacios institucionales, la interacción entre actores sociales así como la densidad y tipo de relaciones para un mayor avance en políticas de carácter binacional, para avanzar en materia de protección social en la salud de los migrantes. **Conclusiones:** El aprovechamiento de las oportunidades o la superación de las barreras dependen de la identificación del nivel alto, medio o bajo del prospecto de interacción de actores, integración de coaliciones y capacidad de negociación de todos los actores involucrados. En el contexto de reformas y democratización de la salud, el análisis de gobernanza y protección social en salud para emigrantes mexicanos indocumentados en los EUA, se propone como uno de los ejes temáticos de las políticas de carácter binacional en materia de protección social en salud. El propio SPSS no ha incorporado todos los actores involucrados y ha desaprovechado el rol que pudieran jugar actores sociales independientes de los órganos de gobierno, líderes de OSC y coaliciones que se han integrado como redes de protección social de los propios migrantes. Es impostergable la necesidad de incorporar las evidencias y actores de la sociedad civil con mayor participación activa en torno a la demanda y al otorgamiento de servicios de salud para esta población para atender los principales desafíos y escenarios de factibilidad que permitan el desarrollo de programas de protección social en salud.

L'importance de la connaissance des risques sanitaires liés à l'eau et sa prise en compte dans la définition de la politique de santé en Afrique (le cas de la ville de Bangui Centrafrique).

Simone Melbi, CRGA, Université Jean Moulin Lyon III, France

Résumé

Disposant du potentiel hydrique important, le site de Bangui souffre énormément d'une pénurie de la qualité de l'eau, qui expose la population à des risques sanitaires majeurs. L'eau et la santé sont inextricablement liées. Sa bonne gestion dépend d'une part de l'identification et de l'évaluation des risques sanitaires qu'elle présente, et d'autre part par leur prise en compte dans la définition de la politique de santé publique. Ces deux combinaisons constituent une clé qui pourra réduire le nombre des maladies infectieuses et parasitaires à bangui.

Resumen: Con la importancia potencial de agua, el sitio de Bangui sufre enormemente de falta de calidad del agua, lo que expone a las personas a los riesgos para la salud. Agua y salud están íntimamente relacionados. Su gestión depende de una buena parte de la identificación y evaluación de riesgos para la salud que presenta, y en segundo lugar se han tenido en cuenta en la definición de la política de salud pública. Estas dos combinaciones son una clave que puede reducir el número de enfermedades infecciosas y parasitarias en Bangui.

Modelo de atención binacional para el pueblo wayuu de la frontera colombo venezolana: una aproximación desde la Promoción de la Salud.

Maria Beatriz Duarte Gómez, Instituto Nacional de Salud Pública, Martha Liliana Ortega Alegría, Noly Coromoto Fernández Hernandez y Luis Hernando Mora Ríos, México, Colombia, Venezuela.
mduarte@insp.mx

Resumen

Objetivo: Definir un modelo de atención binacional para el pueblo wayyu de la frontera colombo-venezolana, como una de las líneas estratégicas del plan andino de salud intercultural.

Contexto y descripción del problema: el pueblo wayuu es histórica y culturalmente uno sólo, su territorio ancestral es el mismo aunque los límites internacionales lo hayan dividido, los problemas de salud y sus determinantes son similares en ambos lados de la frontera, la mayoría de los wayuu tienen la nacionalidad colombiana y la venezolana y, hay una gran movilidad fronteriza de tipo comercial y familiar. Esta relación histórica cultural epidemiológica hace necesario un modelo binacional e intercultural de atención. La voluntad política demostrada por los gobiernos para trabajar en su construcción y operación, permite vislumbrar su desarrollo, a pesar de las diferencias entre los sistemas político y de protección social en salud de los dos países.

Metodología: se revisaron los diagnósticos de salud y los avances del Comité Técnico Binacional. Se analizaron los sistemas de salud de ambos países y se diseñó una propuesta de modelo que fue validada en reuniones con comunidades y funcionarios de salud de ambos lados de la frontera.

Resultados: Los principales problemas de salud del pueblo wayuu son las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la violencia, los cuales están relacionados con la falta de agua y de seguridad alimentaria, la pérdida del territorio y de tradiciones culturales y la incursión de grupos armados. Además, existen problemas de acceso a los servicios de salud, dada la geografía del terreno y la dispersión de la población y a la fragmentación de los servicios, principalmente en el lado colombiano. Se propone un modelo de atención en salud que tenga las siguientes características: intersectorialidad; integralidad; interculturalidad; participación; información e investigación; sustentabilidad; vigilancia y control; y servicios de salud accesibles, oportunos, integrales y de buena calidad.

Conclusiones: 1.No obstante las diferencias entre los sistemas de salud de los dos países, es factible un modelo binacional de salud fronterizo para el pueblo wayuu, si existe la voluntad política. 2. El modelo es necesario y debe tener un carácter binacional, intercultural e intersectorial 3. La solución de los problemas de salud y la acción sobre sus determinantes sociales en el pueblo wayuu, requieren de la abogacía y el liderazgo del sector salud 4. La reorientación de los servicios y la participación comunitaria con autonomía son indispensables para el funcionamiento del modelo. 5-. A pesar de los avances en ambos países, es necesario que trabajen en algunos aspectos de su legislación y organización de los servicios de salud que hagan posible el desarrollo del modelo.

1. Temas que se quieran discutir :

- Características de los modelos de atención en salud para indígenas
- Seguridad social para indígenas
- Interculturalidad y autonomía

SESION 34

09:00 – 10:30

Programas de Salud

El Programa Regional para la Cohesión Social en América Latina, EUROsociAL Salud: retos y expectativas para las sociedades de Europa y Latinoamérica.

Maria Berta Iradier, Fundación Española para la Cooperación Internacional, Alfredo Rivas, España

Resumen

EUROsociAL Salud es uno de los cinco componentes del Programa de la Comisión Europea para la cohesión social en América Latina, EUROsociAL. La acción de este programa se desarrolló a través de cinco temáticas: la salud, la educación, el empleo, la fiscalidad y la justicia. Su objetivo consiste en apoyarse en las buenas prácticas y experiencias exitosas, tanto en Europa como en América Latina, para mejorar el nivel de cohesión social de las sociedades latinoamericanas.

La cohesión social se fundamenta en la solidaridad, entendida como la relación entre el individuo y su grupo de pertenencia, pero también en la solidaridad entre los diversos grupos sociales dentro de una comunidad. Sin embargo, la fragmentación de la sociedad global ha roto los lazos de solidaridad tradicionales mientras que las nuevas formas de solidaridad, especialmente la acción pública, se construyen con dificultad y enfrentan importantes obstáculos antes de alcanzar a los grupos más desfavorecidos o excluidos. La salud, la educación y el empleo son tres áreas en el seno de las cuáles se expresan con mayor fuerza las exclusiones y desigualdades de las

sociedades contemporáneas. Por lo tanto, es desde estos ámbitos desde los que la solidaridad debe desempeñar un papel esencial. La fiscalidad y la justicia, por su parte, constituyen un medio para hacer cumplir el contrato social y limitar las fracturas sociales.

El proyecto EUROsociAL Salud ha llevado a cabo su tarea, durante más de cuatro años (2005-2009), a través de más 200 actividades: seminarios, visitas y pasantías, asistencias técnicas, etc... que reunieron a profesionales y responsables de la formulación de políticas públicas sobre temas prioritarios en salud, tales como la extensión de la protección social en salud hacia los grupos vulnerables (trabajadores indígenas, agrícolas, informales, temporeros y adultos mayores), la atención primaria de salud (APS) y la formación de los recursos humanos que ésta requiere, la donación altruista de sangre, la financiación de los sistemas de salud, la telemedicina, la salud sexual y reproductiva, la violencia contra las mujeres, la contaminación causada por las actividades mineras y su impacto en la salud, el uso racional de medicamentos...

La presente comunicación desea reflejar el conjunto de aprendizajes que han sido el fruto de los intercambios de experiencias desarrollados en el marco del proyecto, analizando el sentido de la acción de EUROsociAL Salud y, además, exponer la metodología de los intercambios de experiencias. Metodología que puede calificarse de innovadora por cuanto la acción del proyecto fue orientada por la demanda de las instituciones beneficiarias (demand driven).

Por otra parte, a través de los intercambios de experiencias, un cierto número de nuevas prioridades y desafíos futuros ha sido identificado por las instituciones de la Red EUROsociAL Salud en lo que podría ser EUROsociAL II: se reafirma sin duda la necesidad de fortalecer la dimensión intersectorial o la transversalidad entre los distintos sectores del Programa. América Latina es una de las regiones del mundo en desarrollo con mayor tasa de cobertura social (61% de la población activa en el medio urbano), lo cual supone cerca de las tres cuartas partes de la población. La perspectiva de cumplir con el objetivo de la extensión de la protección social para todos en las áreas de salud, empleo, educación, pensiones y seguro de invalidez, necesita un esfuerzo adicional que podría tomar la forma de un programa más ambicioso en sus componentes e integrado en sus distintas dimensiones. Todo ello con miras a la cobertura social universal, que sería el resultado de una solidaridad aceptada y de un concepto de cohesión social comprendido por todos.

Organização de um serviço de vigilância epidemiológica na resposta à pandemia da influenza H1N1 2009.

Erenilde Marques de Cerqueira, Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Cristina de Sousa Borges Goes, Thaís Moreira Peixoto y Maricélia Maia de Lima, Brasil.

eremarques@fsonline.com.br

Resumo

Introdução: A partir da notificação em 24 de abril de 2009 da Organização Mundial de Saúde sobre casos fatais de gripe pelo H1N1, o Brasil adotou as providências para o enfrentamento desse agravo em todo o território nacional editando Notas Técnicas semanais para orientação de toda comunidade de saúde. Os primeiros casos foram notificados no mês de junho com a chegada do inverno e das férias escolares quando muitos estudantes viajaram para fora do país, sobretudo para Argentina e USA. O **objetivo** deste estudo é descrever a organização do serviço de vigilância epidemiológica (VE) de um município brasileiro no enfrentamento da Influenza H1N1 2009.

Método: É um relato de experiência a partir da prática das autoras e dos dados obtidos no sistema de informação do referido município. **Resultados:** Na organização do serviço de VE em resposta à pandemia de Influenza H1N1, instituiu-se imediatamente o Grupo Gestor de Vigilância da Influenza para discutir e operacionalizar as estratégias necessárias. Em seguida procurou-se dotar o serviço de materiais de biossegurança para os profissionais de saúde. O próximo passo foi a capacitação de profissionais da rede pública e privada em vigilância, manejo clínico e técnicas laboratoriais. A imprensa também foi capacitada para melhor informar sobre a doença e disseminar as medidas de prevenção. Uma ampla campanha de informação foi deflagrada na mídia local, com peças publicitárias sobre prevenção da doença veiculada nos serviços de saúde, nos ônibus coletivos e nas ruas e avenidas através de *outdoors*. O primeiro caso notificado datou de 27 de junho, procedeu-se à investigação epidemiológica e medidas de prevenção. Os demais casos que se sucederam tiveram o mesmo procedimento e todos eram acompanhados/monitorados por 10 dias, até o desfecho final. No período de 27/06 a 16/11/2009 foram notificados 186 casos. A idade variou de 1 a 76 anos, com média de 25,8 anos ($\pm 16,2$).

Foram confirmados 28 (15,1%) casos, sendo que 20 (10,8%) confirmados laboratorialmente e 08 (4,3%) pelo vínculo clínico epidemiológico. Um caso evoluiu para óbito. Em relação à ocupação 33,9% eram estudantes e foi considerado relevante o percentual de profissionais de saúde (4,8%) que se contaminaram nos serviços. A realização do exame específico e a terapêutica com o Oseltamivir obedeceu aos critérios de gravidade de cada caso. **Conclusão:** Considera-se que o serviço de VE foi capaz de se organizar para instituir as medidas de proteção necessárias, prestar assistência e monitorar todos os casos notificados, minimizando os efeitos da epidemia.

Acceso a la atención sanitaria en Chile: impacto de la reforma de salud.

Ximena Riesco, Ministerio de Salud de Chile. XRiesco@superdesalud.cl

Resumen

El Sistema de salud chileno viene sufriendo una serie de cambios impulsados por la reforma del año 2005. La Ley del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (en adelante GES), se centra en el objetivo de mejoría del acceso a la atención de salud de la población, a través de un conjunto de problemas de salud priorizados, cada uno con garantías legalmente exigibles respecto de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Actualmente con 56 problemas de salud garantizados vigentes.

Objetivo del estudio: medir el impacto de las GES sobre el acceso a la resolución de problemas de salud incorporados en ellas. El estudio constituye una propuesta metodológica para la evaluación del acceso y presenta una primera medición.

Datos y metodología: La metodología utilizada se basa en los egresos hospitalarios del país, sobre los cuales se analiza comparativamente el uso de ciertos problemas de salud, en este caso del paquete GES, seleccionados como trazadores. Se elaboró una línea basal de acceso pre reforma, para el año 2003 y luego se procedió a la identificación de los mismos problemas de salud y su uso, en la base de egresos hospitalarios del año 2006, para llevar a cabo un análisis comparativo entre la situación pre reforma del año 2003 y el año 2006 a 18 meses del inicio del régimen. Los problemas de salud trazadores se seleccionaron en base la presencia de al menos una intervención en el nivel hospitalario para la resolución del problema, y en segundo lugar, la presencia de intervenciones quirúrgicas para ello.

Resultados: Entre la basal del año 2003 y el 2006 se observa la mejoría en el acceso de algunos de los problemas de salud estudiados, tanto en términos relativos como absoluto, en su crecimiento. Destacan la escoliosis con un 99% y 89% para su resolución quirúrgica, el Infarto agudo al miocardio con un 46%, el Cáncer cérvico uterino con un 31%, el cáncer de mama con 17% y la colocación de marcapaso para los trastornos del ritmo con 20%. No se observa deterioro significativo del acceso en los otros problemas de salud trazados.

Conclusiones: La implementación de las GES ha impactado en el acceso a la atención de salud, tanto por sus características, como también dado el incremento de recursos que se han inyectado al sector, y a través del ordenamiento de los procesos de atención y la coordinación de la red que ha implicado. Sin embargo, las GES también han tenido un impacto negativo sobre el acceso y la equidad, seleccionando problemas de salud excluyendo el resto, creando incentivos perversos a través de su mecanismo de financiamiento, y a través del carácter punitivo que conlleva, todo lo que incentiva la realización de lo priorizado en desmedro del resto de las necesidades de salud de la población. Asimismo las GES han tenido un impacto negativo indirecto, al producirse un cambio en el case-mix de atenciones, con una disminución del acceso a la atención ambulatoria del nivel secundario, cuando se usa el mismo recurso ahora priorizado para realizar cirugías. En suma, el acceso a la atención de salud de problemas de salud incluidos en el paquete priorizado ha mejorado, sin embargo, como muestra la experiencia, toda vez que el derecho a la salud se transforma en un paquete de atenciones, el acceso a la atención de salud se ve deteriorado y la inequidad profundizada.

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

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 de 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.

Evaluación de un programa estatal de diabetes a través de Cobertura efectiva: posibilidades y limitaciones en la práctica clínica.

*Erika López López, Servicios de Salud de Hidalgo, D. Gutiérrez-Soria, A.J. Idrovo, México.
akire_l2@hotmail.com*

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la cobertura efectiva del programa estatal de control de la Diabetes (PED) en México. Éste realiza acciones de detección, tratamiento, educación en diabetes y vigilancia de complicaciones de la DM. El PED fue implementado siguiendo los principios del manejo de la diabetes por etapas..

Research design and methods: Este estudio estimó la cobertura efectiva de los registros disponibles en el sistema electrónico del PED entre 2001 and 2008. Se realizó un Meta-análisis de prevalencias de T2DM en personas de 20 años o más sin seguridad social en el Estado de Hidalgo.

Resultados: Los usuarios del PED, el 73.1% son mujeres, tienen un promedio alto de edad y baja educación. Las acciones utilizadas por debajo del 50% son las mediciones periódicas de colesterol LDL y HDL y la HbA1c. Aquellas que la utilización superó el 95% fueron mediciones de glucosa en sangre en ayunas, medición periódica de la presión arterial, monitoreo de pie diabético y retinopatía diabética. Los valores más bajos fueron observados en la calidad de glucosa en sangre en ayunas y de la HbA1c.

Conclusiones: Las brechas más relevantes son las acciones para vigilar la aparición de nefropatía diabética, las mediciones periódicas de colesterol LDL y HDL, y la detección de DMT2.

Esta última, representa el mayor desafío a superar, debido al gran número de individuos con DMT2 que no utilizan servicios de salud, y que el sistema de salud no los busca sistemáticamente. Las acciones médicas que requieren recursos que deben ser pagados por los pacientes con T2DM tienden a tener menor utilización y calidad.

SESION 35

09:00 – 10:30

Gestión de salud

Avaliação da capacidade de gestão de unidades primárias de saúde por organizações privadas no sistema único de saúde brasileiro.

Cristina M. Meira Melo, Escola de Enfermagem, UFBA, Heloniza O. Gonçalves Costa, Geovana Raimunda S. Santana y Handerson Silva Santos, Brasil. cmmelo@uol.com.br

Resumo

A pesquisa se desenvolve num contexto de mudanças promovidas pela reforma do estado no Brasil, com o objetivo de avaliar a capacidade da gestão terceirizada de unidades primárias de saúde, com serviço de pronto atendimento, no sistema público municipal da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. É um estudo de casos múltiplos, com abordagem quantitativa e qualitativa. Os indicadores se baseiam em três dimensões da gestão: organizacional (formato do processo de decisão); operacional (capacidade de executar as decisões) e de sustentabilidade (capacidade de articulação para manter os resultados). A análise referencia-se nos princípios e diretriz do Sistema Único de Saúde da integralidade, do controle social e da resolutividade, através de análise de documentos e entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários dos serviços. A capacidade de gestão se expressa em um contexto político, social e econômico e os resultados expressam o período do estudo, quando o cenário político-administrativo da prefeitura municipal de Salvador era instável, com mudanças de gestores no âmbito central da secretaria. A descontinuidade no processo de gestão da secretaria afeta a gestão da rede de serviços e das unidades com gestão terceirizada. O repasse de recursos financeiros previstos nos contratos de gestão foi intempestivo no período avaliado. A continuidade da oferta de serviços só não é totalmente comprometida porque as unidades de saúde dispõem de um fundo de contingência, assegurado pela organização gestora do contrato. Os resultados da avaliação da capacidade de gestão terceirizada nas quatro unidades de saúde indicam fragilidade em todas as três dimensões, em particular nas dimensões organizacional e da sustentabilidade da gestão. Os melhores resultados são obtidos na dimensão operacional, mas as fragilidades de gestão nas dimensões organizacional e da sustentabilidade comprometem a manutenção do operacional no longo prazo, pois indicam que os princípios assumidos estão distantes de serem incorporados na gestão. Além disso, para uma boa capacidade de gestão é necessário um equilíbrio entre as dimensões, dado que estas são interligadas e sua separação é apenas um recurso metodológico. A predominância de aspectos frágeis na capacidade de gestão terceirizada indica que se faz necessária uma intervenção na correção dos rumos da gestão, sem o que existirá comprometimento da continuidade da atenção à saúde da população no médio prazo, inclusive a utilização dos serviços de atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, como proposto para a adoção do modelo de atenção à saúde integral e resolutivo.

Offre de soins hospitalière comparée dans trois régions de l'arc alpin: Bavière, Lombardie et Rhône-Alpes.

Paul Garassus, Société Française d'Economie de la Santé, Michel Lamure, Jean-Paul Auray, Michel Dubois y Gérard Duru, France. doctpaga@me.com

Résumé

L'Arc alpin qui peut se définir géographiquement comme les régions de l'Union Européenne entourant le massif des Alpes, est une des zones économiques les plus prospères au niveau mondial. Son niveau de vie, sa population, son mode d'organisation hospitalière sont analysés pour décrire en fonction des paramètres démographiques et socio-économiques, les points communs et les différences. L'objectif est d'obtenir une cartographie prenant en compte ces différents paramètres mais aussi de chercher à analyser au niveau régional les critères optimaux

en matière d'organisation hospitalière territoriale.

Dimensionamento da força de trabalho: uma estratégia de gestão para hospitais do SUS no Brasil.

Mariana Bertol Leal, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Sara Martins Carvalho Rodrigues, Elzira Maria do Espírito Santo, Heloísa Marcolino, Alcindo Antônio Ferla y Lisiane Bôer Possa, Brasil. marianabertolleal@gmail.com

Resumo

Os avanços na organização do sistema de saúde no Brasil com a criação e implantação do SUS vêm destacando a importância da qualificação da gestão de serviços, redes e sistemas de saúde. Assim, propunha-se a redefinição dos espaços e processos de cuidado, redefinindo o papel dos serviços nessa rede de cuidado, entre eles, o hospital. Dentre os aspectos considerados relevantes para o processo de reforma hospitalar, destaca-se a articulação em rede e a gestão do trabalho. Considerar os trabalhadores como determinantes do processo de gestão e atenção desenvolvido nas estruturas hospitalares, propiciou um debate acerca da urgente reorganização da gestão da força de trabalho. Assim, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral de Recursos Humanos começou a desenvolver um trabalho com apoio de uma equipe de consultoria para o dimensionamento da força de trabalho dos hospitais federais. Este trabalho teve como objetivo realizar descrição e análise quantitativa do quadro de trabalhadores dos hospitais, através de indicadores construídos como informações necessárias e posterior definição de parâmetro para dimensionar o quadro de pessoal ideal de um hospital. A metodologia utilizada consistiu em levantamento dos dados secundários de força de trabalho e da capacidade instalada existente nos 13 hospitais, produção dos indicadores gerais e específicos referente aos recursos humanos existentes, análise destes indicadores dentro do contexto em que foram gerados, no sentido da expressão de uma realidade concreta e análise comparativa dos indicadores encontrados nos hospitais pesquisados com parâmetros disponíveis na literatura da área. Posterior a esse trabalho inicial foram definidos parâmetros de dimensionamento considerando a realidade complexa encontrada em cada um dos hospitais federais envolvidos neste trabalho. Os parâmetros definidos variam de 3 a 6 funcionários/leito, sendo que os funcionários são considerados por sua força de trabalho, com suas diferentes cargas horárias, e os leitos são ajustados por sua taxa de ocupação e diante proporcionalidade com a produção de outros serviços desenvolvidos nas organizações hospitalares. Este trabalho atualmente produziu ajustes na gestão dos hospitais envolvidos e já disparou processos seletivos e remanejamento de pessoal para melhor adaptar a força de trabalho a cada realidade dos hospitais federais. Além disso, atualmente, a proposta de dimensionamento já está sendo adaptada pelo Ministério de Planejamento para servir de proposta de trabalho em todos os hospitais de ensino do país e espera-se que possa colaborar com a gestão desses hospitais de referência para a rede e para as universidades.

Construction d'un système coordonné de soins: expérience des Cliniques Universitaires St-Luc.

Guy Durant, Cliniques Universitaires St-Luc, Belgique. Guy.Durant@uclouvain.be

Résumé

Un des projets du plan stratégique 2008-2012 des Cliniques Universitaires St-Luc (1.000 lits) est la construction d'un système (= réseau) coordonné de soins (SYSCO).

Celui-ci inclut aujourd'hui 4 établissements complémentaires à sa mission d'hôpital aigu : 2 institutions en matière de réhabilitation locomotrice et de gériatrie sub-aiguë, une institution de réadaptation neurologique et un hôpital de psychiatrie aigu et de longue durée. Le SYSCO développe aussi des relations avec le post-hospitalier, à savoir les maisons de repos et de soins et les soins à domicile.

Comment le système est-il organisé ? Quelle est sa plus-value pour les hôpitaux concernés comme pour les patients ? Quelles leçons en tirer ?

SESION 37

11:00 – 12:30

Actores, decisiones y resultados de casos nacionales: los sistemas de salud latinoamericanos

El colapso del sistema de salud en Colombia: reivindicaciones e intereses de los actores de la contienda, 2008 – 2010.

Mónica María Uribe Gómez, Universidad de Guanajuato Campus León, Colombia.
muribegomez@gmail.com

Resumen

Este trabajo se propone analizar el papel de los diversos actores en la crisis surgida en el sistema de la salud colombiano entre los años 2008 y 2010, con el fin de identificar las reivindicaciones, intereses y luchas generadas en torno a dicho sector.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano ha tenido múltiples defensores y detractores desde su creación en 1993. Este modelo de salud más conocido como “pluralismo estructurado”, cambió el monopolio estatal en el aseguramiento y la prestación de servicios para instaurar la lógica de la competencia de mercado regulado entre las entidades públicas y las privadas. Este proceso, además de transformar las instituciones, reconfiguró la correlación de fuerzas del sector. Aunque las pugnas entre los defensores y detractores de este sistema de salud se han mantenido a lo largo de los años, se han profundizado desde el segundo semestre del año 2008 cuando la Corte Constitucional decretó una sentencia legislativa (T-760 de agosto 2008), cuyo fin fue exigir al Ejecutivo la solución de problemas como el crecimiento excepcional de las acciones legales (tutelas) instauradas por los ciudadanos en contra de las autoridades sanitarias, la inequidad en los planes de beneficios, el incumplimiento de la meta de cobertura universal, las fallas en la regulación y la situación financiera de muchos hospitales. Como respuesta, en diciembre de 2009 el Ejecutivo promulgó una serie de decretos conocidos como “Medidas de Emergencia Social para el Sistema de Salud”, las cuales no fueron concertadas con la mayoría de los actores del sector, generando una explosión de demandas y reacciones que pusieron el debate sobre la salud de nuevo en el pico de la agenda pública.

Estos debates sobre el sistema de salud colombiano presentan especial interés para el análisis, porque dan cuenta de los resultados de un proceso de reformas que se ha tomado como “ejemplo” en muchos países de la región.

El análisis toma como referencia el enfoque relacional propuesto por McAdam, Tarrow y Tilly [1], para estudiar las relaciones conflictivas entre la sociedad y el Estado, también entendidas como contienda política. La narrativa analítica que se propone, se fundamenta en los distintos pronunciamientos públicos de los actores, en los foros públicos realizados sobre el tema y en entrevistas a personajes clave en la contienda. Se busca dar cuenta de la incidencia de los debates y conflictos surgidos entre los múltiples actores de la salud en la dirección tomada por las reformas entre los años 2008 y 2010.

El sistema de salud en Brasil : histórico, avances y desafíos.

Celia Maria Almeida, Escuela Nacional de Salud Pública "Sergio Arouca" (ENSP), de la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil. celia.almeida09@gmail.com

Resumen

El modelo de intervención del Estado brasileño en el área social se remonta a las décadas de 1920 y 1930, cuando los derechos sociales y de ciudadanía estaban vinculados a la posición del individuo en el mercado formal de trabajo. En realidad, el sistema brasileño de protección social se expande y gana sus características durante dos ciclos autoritarios –el de Vargas (1930-45) y de los militares (1964-84)– y, en consecuencia, “*las políticas sociales no sólo estuvieron asociadas a una creciente actividad en el ámbito federal –lo que ocurrió en la mayoría de las democracias federativas– sino que fueron también marcadas por concepciones autoritarias que consagraron el predominio del ejecutivo federal con base en procesos cerrados de decisión y en la gestión centralizada en grandes burocracias*”. El modelo del sistema de protección social resultante tenía

como marca la hipercentralización, la fragmentación institucional y la desigualdad en la distribución de los servicios y beneficios.

El movimiento de reforma

La historia del proceso de reforma del sector de la salud en el Brasil se remonta a los años 70' y se extiende durante la década de 1980, en estrecha relación con la lucha de la sociedad por la democratización del país y el surgimiento de nuevos movimientos sociales, entre ellos, el Movimiento por la Reforma Sanitaria, un activo movimiento sectorial, de base diversificada, que se insertó en el nivel nacional en la lucha por las transformaciones políticas y sociales.

El contexto político y económico de entonces era de profunda crisis y transformaciones en la sociedad brasileña. Y el movimiento por la reforma sanitaria elaboró un ideario de la Reforma Sanitaria que estimuló y orientó el debate técnico y político durante la transición democrática (a partir de 1982) y la "Nova República" (a partir de 1985). Ese movimiento logró articular un frente amplio de presión que encabezó exitosamente en la Asamblea Nacional Constituyente (1987 y 1988) el debate sobre la *salud como derecho del ciudadano y deber del Estado*, bandera de la lucha sectorial que fue recogida por la nueva Constitución promulgada en 1988 que aprobó la salud como derecho social, a ser implementado por un sistema nacional de salud, universal y equitativo.

Con la creación del SUS en 1990, la reforma sectorial abogaba por:

- En el *área de financiamiento*: el incremento del volumen de los recursos, la diversificación de las fuentes de financiación, el establecimiento de partidas presupuestarias específicas para salud y el cambio en la forma de distribuir los ingresos entre las unidades de la federación.
- En el *ámbito institucional*: el privilegio del sector público en el área de atención a la salud, el fortalecimiento de la capacidad regulatoria de la autoridad sectorial, la descentralización del sistema de salud con la redefinición de competencias entre los niveles federal, estadual y municipal.
- En la *organización y gestión del sistema*: la reingeniería institucional, la racionalización de la oferta de servicios, la redefinición de las relaciones entre los prestadores, en particular del segmento privado que tiene convenios con el sector público.
- En el *plano político*: la democratización del proceso decisorio, con la institucionalización de un escenario colegiado integrado por representantes de todos los intereses sectoriales (autoridades, agentes privados, corporaciones profesionales, sindicatos, usuarios, etc.).
- En el *control social*: la participación de la población organizada en el proceso de toma de decisiones, a través de Consejos gestores o consultivos; el diseño de sistemas de información y de comunicación públicas transparentes, accesibles y oportunos, entre otros medios e instrumentos.

Todas esas innovaciones han sido introducidas en el proceso de reforma, con avance y retrocesos, sobretodo en el financiamiento, y la descentralización del sistema de salud e el como eje orientador del proceso de estructuración del sistema. La participación de los municipios en el financiamiento de la provisión de los servicios creció de forma importante.

La descentralización en el área de salud se implementó mediante sucesivas Normas Operativas (NOB), que son resoluciones del Ministerio de Salud, que redefinieron la forma de transferencia de los recursos financieros a los estados y municipios y los prerequisites de habilitación para las distintas "etapas" (progresivas) de la descentralización. Y fomentaron notablemente, por un lado, las articulaciones entre los niveles de gobierno y el diseño de los sistemas locales de salud y, por el otro, la institucionalización específica del escenario decisorio sectorial.

Han sido creadas Agencias reguladoras (de los planes/seguros privados de salud y de vigilancia sanitaria) e el proceso de decisión es altamente formalizado con la participación de representaciones de la sociedad civil.

El funcionamiento del SUS: Estructuralmente, el sistema sanitario brasileño está compuesto por una compleja red de prestadores y compradores de servicios, complementarios y competitivos, que conforma un *mix* público y privado financiado principalmente con recursos públicos. El sistema está compuesto básicamente por tres subsectores: 1) el subsector público, con servicios prestados y financiados por el Estado, en los niveles federal, estadual y municipal, que incluye los servicios de salud para las fuerzas armadas; 2) el subsector privado (lucrativo y sin fines de lucro), constituido por servicios que son financiados de distintas formas –reembolsos y varias formas de pagos– a partir de fondos públicos o privados; 3) el subsector de seguros privados de salud (llamado "subsistema complementario"), con diferentes modalidades de planes de salud, primas de seguro y subsidios fiscales.

Estos tres subsectores estructuran una red servicios inconexos y no jerarquizados que brinda distintos niveles de atención a diferentes grupos poblacionales. Una parte significativa de los

prestadores privados atiende simultáneamente a clientelas financiadas con recursos públicos y privados. Alrededor del 76% de la población es atendida exclusivamente por el subsector público, otra parte que cuenta con planes y seguros de salud privados también utiliza la red pública de servicios, principalmente para los procedimientos más complejos y de mayor costo. De este modo, la población integra su canasta de consumo de servicios de salud utilizando los tres subsectores, de acuerdo con la facilidad de acceder a cada uno, sea por la capacidad de circulación en el sistema o mediante el pago privado del servicio.

La actividad privada es libre pero está sometida a la regulación, la fiscalización y el control del Estado, dado que el texto constitucional considera “de relevancia pública” a las acciones y servicios de salud. Actualmente el sector privado se caracteriza por la concentración y estratificación de las empresas y de la demanda en esa área. Está marcado por las estrechas conexiones político-institucionales ente entidades patronales, sindicales, de profesionales de salud y órganos gubernamentales.

La atención primaria (llamada en Brasil de atención básica) es la principal estrategia política para estructurar un sistema hierarquizado por niveles de atención, con el apoyo de programas especiales – Programa de Salud de La Familia y de Agentes Comunitarios de Salud. Desde mediados de 1990 ha tenido un desarrollo importante, impulsada por el proceso de descentralización. La atención hospitalaria es altamente dependiente del sector privado, históricamente subsidiado en Brasil.

Reforma del sector salud en México, 1982-2006: actores, transacciones y resultados.

*Raquel Abrantes Pêgo, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
raquel.abrantes@ciss.org.mx*

Resumen

¿Por qué un grupo de médicos salubristas desde el Partido Revolucionario Institucional (PRI) ponen en duda la dimensión pública de la salud realizada por medio del Estado y proponen ser los protagonistas de un proceso de reforma organizacional basado en la expansión del mercado privado de atención para garantizar el acceso, mejorar la cobertura del sistema de salud y afianzar el libre acceso con equidad? ¿Quiénes son sus interlocutores y en nombre de quiénes accionaban? ¿Cómo reaccionaron los otros médicos vinculados al PRI o a otras fuerzas sociales y políticas que abogan por el papel social del Estado y qué proponen? ¿Cuáles son las posibilidades de cambio de un proyecto de reforma de la salud pública propuesto y disputado por fuerzas sociales y políticas que son parte de la estructura de poder del Estado? ¿Cómo se acomodaron los intereses de las diferentes fuerzas políticas en conflicto? ¿Qué cambios fueron introducidos? El propósito de mi presentación es responder a estas preguntas analizando los proyectos técnico-asistenciales que ganan fuerza en el marco de la reforma sectorial, así como las formas de acción-interacción y de articulación de los actores entre sí y con otros, incluyendo al propio Estado para hacer realidad sus proyectos. Se analizará vinculando como parte del debilitamiento de la acción del Estado en el ámbito social, el creciente cuestionamiento de la legitimidad de los salubristas tradicionales y de sus acciones frente a un discurso de crisis del sector y de la propia salud pública promovido por médicos-salubristas vinculados a los organismos internacionales financieros y a determinados grupos de poder pertenecientes a instancias del Estado.

La presentación pretende contribuir al conocimiento del proceso de reorganización del Estado que dio inicio en las dos últimas décadas del siglo XX para dar mayor espacio al mercado en la gestión del acceso a los servicios de salud colectiva y comprender sus límites como una política que busca conciliar universalidad en el acceso e equidad en los beneficios con expansión del mercado. Se presentará datos que permiten percibir el fortalecimiento de determinados círculos de poder en detrimento de otros y la limitada alteración en la representación social sectorial con capacidad de participar en la dinámica de la toma de decisiones y sus consecuencias y resultados en términos de mejorar el acceso y la equidad y en el modelo de organización de los servicios de salud.

Garantías Explícitas en Salud de Chile. ¿Término, inflexión o aceleración de una política?

*Carolina Tetelboin Henrion, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
ctetelbo@correo.xoc.uam.mx*

Objetivo. Realizar una evaluación de los objetivos e indicadores propuestos, así como de los efectos en la atención de la política de salud GES a 5 años de su puesta en marcha, en el marco de un cambio de gobierno de centro a uno de derecha. ¿Momento de término, inflexión o aceleración de una política?

El contexto. Los dos únicos grupos del parlamento chileno aprobaron el Régimen General de Garantías en Salud, la Ley 19.966 publicada el 3 de septiembre del año 2004, no obstante la oposición en la calle de diversos grupos organizados como el Colegio Médico y los trabajadores de la salud. La Alianza por Chile, ayer en la oposición, apoyó la puesta en marcha, no obstante su crítica permanente al lento grado de su avance.

Las teorías y los métodos: estudio cuali-cuantitativo de fuentes secundarias de los propios objetivos e indicadores propuestos, y por otro, análisis crítico sobre las consecuencias para la atención de las personas, trabajadores de salud, el financiamiento y el sistema público.

Los resultados y la discusión: la Ley 19.966 establece que el Fondo Nacional de Salud (FONASA), público, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), privadas, deben asegurar de manera obligatoria a sus beneficiarios garantías al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad. Esto se realizaría a través de un conjunto de prestaciones priorizadas, enfermedades determinadas de manera gradual por el Ministerio de Salud, MINSAL, con recursos asignados por el Ministerio de Hacienda según una Prima Universal variable. En sus resultados, la propuesta del GES ha modificado la organización de los servicios de salud. Ha logrado una parte de las propuestas diseñadas (número de padecimientos atendidos, satisfacción personal de los atendidos, aumento de recursos financieros), pero simultáneamente ha creado nuevos problemas (segmentación de la atención, énfasis curativo, estímulo al sector privado y deterioro del público, carencia de profesionales). El fundamental de ellos, no atribuible a la implementación sino a la propia naturaleza del diseño político, es que por sus características puede intensificar de manera rápida, en gobiernos como el actual, la privatización de los servicios de salud.

SESION 38

11:00 – 12:30

Mujeres trabajadoras, salud, doble jornada y atención del aborto en México

Salud y doble jornada: costureras de cooperativas en México D.F.

María de los Ángeles Garduño Andrade, Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco, Margarita Pulido Navarro, Norma Laura Lara Flores y Sandra Luz Morales Estrella y Marta Jiménez Álvarez, México. angeles@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Introducción: Se estudiaron los problemas de salud en cooperativas de la costura, promovidas por el gobierno de D. F., estas pequeñas empresas tienen algunas garantías de venta, pero también deben competir en el mercado. La costura es una rama tradicional feminizada, este grupo (138), fue mayoritariamente de mujeres (112). Este informe se centra en ellas.

Los talleres son pequeños ubicados en los hogares, esto hace que se mezcle la costura y el trabajo doméstico.

Objetivos: Describir riesgos y exigencias de los trabajos de la confección y doméstico y su impacto en salud.

Métodos: Se estudio ese impacto aplicando una encuesta socio demográfica, de daños y de exigencias y riesgos, para analizar el perfil patológico y sus asociaciones.

Resultados: La mayoría (89%) tienen hijos dependientes, 29 eran cabeza de hogar.

Se demostró que las tareas de costura son parciales, rutinarias y repetitivas, y ritmos acelerados. Y el trabajo doméstico lo realizan al mismo tiempo que la producción. Se encontró falta de mobiliario adecuado y malas condiciones ambientales.

Las mujeres presentaron una tasa de morbilidad elevada, 400.9 por 100 (y de 257.7 en varones).

Respecto a los daños destacan dos conjuntos: trastornos derivados de esfuerzo físico y posiciones incómodas y forzadas sostenidas, siendo afectadas 45%, (12% de los varones), sufren trastornos psicósomáticos 50% (23% de los varones).

Conclusiones: Se sugiere que los responsables del programa negocien con los servicios de salud del Gobierno del DF para una atención especializada. La búsqueda de recursos para mejorar equipo e instalaciones. Y servicio de guardería.

Condiciones de trabajo y salud de trabajadores y trabajadoras de la costura en la Ciudad de México, en 2008.

Margarita Pulido Navarro, Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco, María de los Ángeles Garduño Andrade, Norma Lara Lara Flores, Sandra Luz Morales Estrella y Marta Jiménez Álvarez, México. mpulido@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Introducción: Las condiciones de trabajo y de vida de las y los obreros de la costura día con día se tornan más precarias, el trabajo a domicilio profundiza la nocividad de los procesos de trabajo, las y los trabajadores se ven forzados a desempeñarse en peores condiciones laborales que repercuten en su salud.

Objetivo: Identificar condiciones de trabajo y salud de trabajadores y trabajadoras de la costura en México, D.F.

Método: Se aplicaron 138 encuestas con información demográfica, socioeconómica, de riesgos y exigencias laborales y salud. Se realizó análisis uni y bivariado buscando asociaciones.

Resultados: Resultados: Se entrevistaron 26 varones y 112 mujeres con edad promedio 40 años (DS:10), 59.4% escolaridad primaria. Como riesgos y exigencias reportaron: sedentarismo (76%), trabajo repetitivo (71%), trabajo en tiempo de descanso (63%), destajo (57%), polvos (52%), jornada prolongada (44%), ruido (27.5%). Tasa por 100 de morbilidad: 390. Padecimientos más frecuentes: conjuntivitis crónica, várices, lumbalgia, trastornos musculoesqueléticos, fatiga crónica, cefalea, ansiedad, trastornos del sueño, hipoacusia, pterigión, rinofaringitis crónica, depresión, hemorroides y dermatitis. Algunas asociaciones: Con depresión: trabajo aburrido (RP: 6.14; p= 0.0002; IC: 3.12<RR<12.09) y jornada prolongada (RP: 3.79; p=0.003; IC: 1.46<RR<9.48). Con lumbalgia, posiciones incómodas (RP: 2.4; p=0.003; IC: 1.5<RR<3.84) y asiento incómodo (RP: 2.26; p= 0.002; IC: 1.45<RR<3.54). Con fatiga crónica, repetitividad (RP: 2.76; p=0.0003; IC: 1.32<RR<5.76), trabajo pesado (RP: 2.44; p= 2.44; IC: 1.51<RR<3.96) y fuerza hombros, brazos o manos (RP: 2.3; p= 0.002; IC: 1.32<RR<3.99). Con trastornos musculoesqueléticos, repetitividad (RP: 2.02; p=0.02; IC: 1.05<RR<3.88). Con trastornos del sueño, recibir órdenes confusas (RP: 2.46; p= 0.03; IC: 1.21<RR<5.0).

Necesidades no atendidas y uso de servicios dentales en trabajadores y trabajadoras de la confección, en México D.F.

Norma Lara Flores, Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco, Sandra Luz Morales Estrella, María de los Ángeles Garduño Andrade, Margarita Pulido Navarro y Héctor Javier Delgadillo Gutiérrez, México. nlara@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Introducción: Las necesidades insatisfechas de atención odontológica, son un indicador sensible de las condiciones de vida y salud de los trabajadores y trabajadoras.

Objetivo: Identificar las condiciones salud bucal, pérdida dentaria y acceso a servicios odontológicos de trabajadores y trabajadoras de la confección en México DF

Método: Encuesta de salud bucal en 101 trabajadores de cuatro cooperativas en la zona Sur Oriente del D F indagando además experiencias de atención odontológica. El diagnóstico de caries dental se realizó bajo criterios recomendados por la OMS en 1995, para el examen de higiene oral se usó el índice IHOS.

Resultados: El 85% fue del género femenino y una media de edad de 41.56, rango 14 a 64 (ds.10.9). La prevalencia de caries dental fue del 98% El promedio de dientes afectados fue de 13.40, solo el 29% estaban obturados. El CPOD en mujeres fue 13.86 y en hombres 10.8, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos. El componente P que indica dientes perdidos por caries fue de 0 en el grupo de edad de 14 a 19 años incrementándose a 9.8 en los de 55 a 64, se encontró diferencia entre mujeres con hijos y hombres (p<.05). El IHOS fue de 1.26. Solo 22% había visitado a un dentista durante los últimos 3 meses. Acudieron a dentista privado el 64% siendo el principal motivo de consulta dolor (38%). El 45% calificó la salud actual de su boca como regular y el 51% como mala y muy mala, asociándose esta percepción con la presencia de dientes cariados, sin obturar (p<.05)..

Conclusiones: La falta de acceso a servicios dentales en esta población se relaciona con la alta prevalencia de dientes afectados sin tratamiento y extracciones dentarias que avanzan razón de 3

dientes perdidos por cada década de la vida a partir de los 20 años de edad. Se observaron diferencias de género, siendo mayor la pérdida dentaria en mujeres con hijos

Recomendaciones: Incorporar el componente salud bucal en estudios de salud de los trabajadores y trabajadoras puede brindar información valiosa para identificar necesidades insatisfechas de salud. Se ha mostrado que programas de promoción de salud y atención oportuna de enfermedades bucales dirigidos a esta población, redundan en su beneficio, pero adicionalmente se traduce en menos días perdidos por incapacidades relacionadas con esta causa.

El aborto: Un grave problema de salud entre las mujeres atendidas en el IMSS en el 2007.

Marta Jiménez Álvarez, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, María de los Ángeles Garduño Andrade, México

Resumen

Introducción: Esta investigación tiene como objetivo analizar la frecuencia de abortos atendidos en el IMSS en 2007 en relación con las diversas condiciones de despenalización en los estados de la república, a la luz de una reflexión sobre la importancia de la maternidad en vida de las mujeres. Se parte de definir la población en estudio como mujeres que realizan dos trabajos, el doméstico y el remunerado. Para explicar cómo esta situación incide en su salud provocando trastornos y complicaciones derivadas del desgaste, del esfuerzo físico e incluso en la complicación de sus embarazos; pero también en la toma de decisión para interrumpirlos.

Métodos: Se definieron las tasas estatales de atención de abortos por complicación y de embarazos terminados en abortos en el IMSS en el 2007, contrastándolas con las causas no punibles de delito en los Estados de la República Mexicana para poner en perspectiva la relevancia de este problema de salud en función de la despenalización y penalización.

Resultados: El cálculo de las tasas de aborto reportó una proporción del 62.5 por ciento de Estados con tasa de atención superior a la Media Nacional (6.8) y de los cuales el número de causas no punibles de delito varía de 2 a 6 causas no penalizadas para los mismos.

Conclusiones: La comparación realizada pone de manifiesto como dicho problema de salud pública no se reconoce de manera conjunta (abortos espontáneos e inducidos) en el país, lo cual pone en evidencia a un marco jurídico que reduce cada vez más la posibilidad de interrumpir el embarazo por decisión autónoma, mientras que las tasas de aborto y sus complicaciones no se reducen e incluso crecen entre la población femenina asegurada por el IMSS

SESION 39

11:00 – 12:30

Atención de la salud de los grupos vulnerables

Sistematización de la propuesta de servicios médicos amigables para adolescentes y jóvenes de la red colombiana de servicios médicos de las instituciones de educación superior de Colombia.

Alba Emilce Gaviria Méndez, Universidad de Antioquia, Colombia. emigav@gmail.com; alba@guajiros.udea.edu.co

Resumen

Esta sistematización permite unificar criterios en RENSSIES para el montaje del programa “servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes” para que realice prácticas saludables. Esto requiere crear equipos interdisciplinarios que los incluya y hacer intervenciones formativas utilizando las tecnologías de información y comunicación (TICS).

Palabras claves: Red Nacional de servicios de salud de Instituciones educación superior (RENSSIES), Servicios amigables, Salud sexual y reproductiva (SSR), Tecnológica de información y comunicación, prácticas saludables.

Objetivo: Es importante un cambio en el servicio de salud de las instituciones de educación superior de Colombia, al volverlos “amigable”, acordes a las necesidades de adolescentes y jóvenes, unificando criterios a través de una red (RENSSIES).

Contexto y descripción del problema: La SSR de los adolescentes y jóvenes son prioritarios para la red RENSSIES, y esta sistematización permite unificar criterios para el montaje del programa impulsado por el Ministerio de salud de Colombia de “servicios de salud amigables.

Este grupo está en etapa de experimentación y es susceptible a diferentes riesgos, por eso es fundamental que los servicios de salud tanto a nivel de la ciudad, (Medellín cuenta actualmente con 17 servicios amigables) y las instituciones de educación superior realicen una oferta de programas que les facilite una atención integral y los acompañe.

Teorías y modelos:

3.1 Concepto de servicios amigables

Programa para adolescentes y jóvenes que les ofrece atención en salud, cualquiera sea su demanda.

3.2 La red Renssies

Conformadas por los servicios de salud de los bienestar universitario para facilitar el intercambio de experiencias y unificar criterios.

3.3. Modelos de servicios amigables

Hay tres:

3.3.1. La que se genera en una política institucional, organiza un equipo interdisciplinario, se ubica un espacio físico para realización la orientación, la asesoría individual y de pareja con intervenciones educativas y formativas.

3.3.2. Las que están utilización los TIC para que los jóvenes hablen de su sexualidad y generen lazos de interacción, reflexión y construcción de saberes.

3.3. Las que combina las dos estrategias.

Resultados y discusión: La prestación de servicios para los adolescentes y jóvenes se basará en una atención integral con accesibilidad física o por medio virtual para permitirles se ejerza el derecho a recibir información respecto a una sexualidad sana. Y teniendo en cuenta sus características como: su edad biológica, psicológica y social, su cultura y las diferencias de género.

Temas a discutir: El adolescente y joven requiere una atención en salud especiales. Los servicios amigables. El uso de la tecnología de la información y comunicación para el manejo de la sexualidad.

Servicios de salud para cáncer de mama en condiciones de pobreza: Mujeres y médicos frente a la detección.

Marcela Agudelo Botero, El Colegio de México. magudelo@colmex.mx

Resumen

Objetivo: Describir las prácticas de detección del cáncer de mama (CaMa), así como las barreras socioeconómicas, institucionales y culturales declaradas por médicos y mujeres pertenecientes a zonas de alta marginalidad en el Distrito Federal con respecto a los servicios de salud para esta enfermedad.

Problema: En México el CaMa es actualmente la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más (desplazando desde 2006 el cáncer cérvico-uterino CaCu que venía ocupando esta posición). El país ha pasado de una tasa estandarizada de mortalidad de 5.5 mujeres fallecidas por cada cien mil en 1979 a una tasa de 10.7 en 2007. Más de 80% de los diagnósticos de CaMa se dan en etapas avanzadas de la enfermedad, disminuyendo la probabilidad de sobrevivencia de las mujeres. La detección temprana del CaMa - mediante la autoexploración, el examen clínico de mama y la mamografía (especialmente sobre esta última)- se vislumbra como la alternativa más efectiva para lograr una disminución de la mortalidad por dicha causa; sin embargo, esta situación se complejiza, dado que son las mujeres de zonas marginales quienes se enfrentan a mayores dificultades para el acceso y atención oportuna en los servicios de salud.

Material y Métodos: Se empleó la *Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el Distrito Federal* (ENSR-DF) del año 2007, llevada a cabo por El Colegio de México y se calcularon algunos modelos logísticos binomiales para modelar la utilización de los distintos métodos de detección del CaMa. También se analizaron las barreras declaradas por médicos y mujeres para la atención de la patología. En total se entrevistaron 703 mujeres y 55 médicos (de instituciones públicas y privadas).

Resultados: Entre los principales hallazgos se obtuvo que entre más “complejo” sea el procedimiento de detección de tumores malignos de mama menor es el porcentaje de uso entre

las mujeres pobres. En este estudio se encontró que alrededor de 91.0% de las mujeres entre 20-49 años de edad se había realizado en su vida, al menos, alguna prueba de detección de cáncer mamario; estas cifras fueron de 88.9% para la autoexploración, 37.7% para el examen clínico y 11.4% para la mamografía. En cuanto a los factores sociodemográficos asociados con el uso de pruebas, las características individuales de la mujer tienen efectos heterogéneos entre las diversas técnicas investigadas. Las barreras expresadas por médicos y mujeres difieren en sus dimensiones. Por su parte, las mujeres atribuyen barreras de atención relacionadas principalmente con el trato médico y aspectos del servicio (tiempo de consulta, información y explicación dentro del consultorio, precariedad de las instalaciones, entre otras); por su parte, la mayoría de médicos identificaron barreras conexas con la idiosincrasia y cultura de las mujeres como factores que se relacionan con el no uso de servicios de salud para CaMa.

Personas transgénero en búsqueda del acceso equitativo a los servicios de salud: casos de reducción del estigma y la discriminación en México.

Silvia Magali Cuadra Hernández, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Ángel Zarco Mera y César Infante Xibillé, México

SESION 40

11:00 – 12:30

Educación y formación en salud

Contribuciones de la psicología a la educación para la salud.

Esteban Jaime Camacho Ruiz, Universidad Autónoma del Estado de México, Georgina Contreras Landgrave, María del Consuelo Escoto Ponce de León, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa y Adriana Ivette Macías Martínez, México

L'efficience des ressources au service de la qualité des soins: management des coopérations interprofessionnelles à l'hôpital.

Renaud Petit, ISEOR, Henry Savall et Véronique Zardet, France. petit@iseor.com

Résumé

Objectif et projet de recherche : La communication analyse les difficultés de coopérations interprofessionnelles à l'hôpital et leurs conséquences. Elle montre ensuite que la mise en place d'un management socio-économique visant à renforcer la coopération des acteurs permet d'améliorer simultanément l'efficience et la qualité des soins à l'hôpital, à savoir la performance socio-économique.

Contexte et description du problème : Le fonctionnement de l'hôpital est un système complexe et dans lequel interagissent différentes populations : médecins, soignants, administratifs, techniciens... La coopération est difficile entre ces populations, notamment dans les activités de soins, ce qui engendre de nombreux dysfonctionnements et coûts cachés, sous la forme de pertes d'efficience et d'apparition de nombreux défauts de qualité de soins, qui sont identifiés et mesurés par les chercheurs, en interaction avec les acteurs de l'hôpital. Ceux-ci prennent alors conscience de la dimension économique de leurs pratiques professionnelles et les font évoluer.

Théories, méthodes : La recherche est conduite selon une méthode de recherche-intervention socio-économique réalisée dans plusieurs établissements hospitaliers en Europe comportant une triple étude qualitative, quantitative et financière. Des entretiens semi-directifs axés sur les dysfonctionnements suivis d'un calcul de coûts cachés de dysfonctionnements ont permis de mesurer les déperditions de ressources économiques. – Ensuite un accompagnement de l'établissement dans le cadre d'un groupe de projet d'innovation socio-économique a permis de définir et de préparer la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité des pratiques de soins, de l'organisation et des performances économiques et sociales.

Résultats et discussion : Des résultats ont été finement observés et analysés, au bout d'une année environ. Ils portent en particulier sur :

- le développement du rôle du médecin chef de service qui permet de réduire les dysfonctionnements et les coûts cachés d'interface entre populations ;
- la mise en place d'outils de management qui ont contractualisé les relations et les performances entre médecins / soignants / administratifs ;

- l'amélioration de la qualité des soins, du fonctionnement et du management des équipes, concomitante à l'amélioration de l'efficacité économique (faire mieux ou plus avec les mêmes ressources) des activités hospitalières.

Posturas éticas de los estudiantes universitarios del área de la salud en México.

Sergio López Moreno, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Oliva López Arellano, Alejandra Moreno Altamirano, Aura González Morgado, Adriana Lozano Daza, Carolina Manrique Nava, Mayra Montealegre Serrano, Pilar Pérez Rosales y Abdiel Uribe Allier, México.
slopez@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Antecedentes. En las últimas décadas han sido notables los esfuerzos por basar las acciones de salud en los códigos de conducta aprobados por las principales instituciones internacionales preocupadas por llevar a cabo una práctica más humana, apoyada en los avances de la ética. No obstante estos esfuerzos, existe poca evidencia sobre las posturas filosóficas que, consciente o inconscientemente, se encuentran en la base de las actitudes de los estudiantes del campo de la salud, y que son aquellas que debe reforzar o modificar cualquier programa de formación ética puesto en marcha en estas escuelas. El presente estudio tuvo como propósito investigar estas posturas estudiantiles de universidades ubicadas en la Ciudad de México.

Objetivos. a) Identificar las posturas filosóficas de estudiantes universitarios del área de la salud en temas relevantes para la ética contemporánea; b) las diferencias existentes entre estudiantes de universidades públicas y privadas de la Ciudad de México, y c) las diferencias existentes entre los primeros y últimos grados escolares.

Metodología. Además de la universidad de origen, carrera y grado escolar, se investigaron variables sociodemográficas. Las posturas filosóficas se investigaron en los siguientes tópicos: Aborto; Obstinación terapéutica; Suicidio asistido; manipulación de embriones; Experimentación con células madre; Muerte cerebral; Participación médica en la pena de muerte; Eutanasia pasiva y activa; Objeción de conciencia, y ética de la salud pública. Se estimó una muestra de 600 estudiantes (300 de universidades privadas y 300 de universidades públicas) pertenecientes a siete instituciones de la Ciudad de México. Las carreras seleccionadas fueron medicina, enfermería, nutrición, psicología y odontología, y se encuestaron estudiantes de todos los grados escolares.

Los **resultados** indican que la mayoría de los estudiantes se acercan a una postura considerada liberal (80 por ciento aceptan la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, por ejemplo), pero marcada por situaciones paradójicas, tales como aceptar la pena de muerte (más del 50 por ciento) y oponerse a la adopción de menores por parejas homosexuales.

Se discuten la importancia de tomar en cuenta estas situaciones en el momento de diseñar los programas de enseñanza de la ética.

Formação de trabalhadores e o sistema único de saúde: uma análise da concepção de trabalho em equipe.

Maria Luiza Silva Cunha, Fundação Oswaldo Cruz, Francini Lube Guizardi, Ramon Peña Castro, Marcelo Bessa de Freitas, Tereza Cristina Ramos Paiva, Valéria Cristina Gomes de Castro, José Orbilio de Souza Abreu y Barbosa Moratori, Brasil

Resumo

Objetivos: Construir instrumentos metodológicos que subsidiem o processo de articulação de novas propostas curriculares para formação de trabalhadores no campo da Gestão em Saúde. Para tal, buscou-se mapear as necessidades que o SUS apresenta em relação à formação de trabalhadores orientada para a qualificação do processo de trabalho em gestão em saúde e apreender as características e especificidades do processo de trabalho em gestão em saúde.

Contexto e descrição do problema: O contexto sócio-político em que se inserem as organizações públicas de saúde no Brasil tem apresentado um conjunto de desafios para a consolidação do SUS, na medida em que este se constrói a partir de diferenças demográficas, sociais, políticas e culturais. A percepção dessas questões nos indica também que o aprofundamento do processo de descentralização e regionalização requer a ampliação dos mecanismos de participação e controle social, os quais dependem em grande medida da

capacidade da formação e qualificação profissional serem realizadas sob a ótica da participação e autonomia dos atores sociais.

Considerar e identificar os problemas, conquistas e desafios apresentados pela complexidade dessa realidade social significa apreender particularidades e especificidades que marcam demandas da área da gestão do trabalho na saúde, as quais abrangem desde a necessidade de formação e qualificação para a gestão dos sistemas locais, passando pela gestão dos processos de trabalho específicos deste campo.

Materiais e métodos: A pesquisa foi fundamentada em uma abordagem qualitativa da realidade. A A.P. 3.1 do município do Rio de Janeiro – RJ foi utilizada como campo empírico do estudo, onde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de nível médio envolvidos na gestão.

Resultados e discussões: Uma das categorias analisadas foi o trabalho em equipe. Sua composição foi predominantemente percebida como o conjunto dos profissionais de um mesmo setor de trabalho. Neste, surgiram subdivisões que consideravam a equipe tanto pela formação de nível médio quanto pelo vínculo institucional na área administrativa.

Os resultados apontaram que a percepção de equipe se vinculou à ideia de agrupamento de profissionais. Nesse sentido, a concepção de equipe prevista no modelo de atenção que prevê a multiprofissionalidade e a inter/transdisciplinaridade e que pressupõe a interação de práticas e de saberes entre os diferentes profissionais deve ser construída para o conjunto dos atores, entre eles, os profissionais voltados à gestão das atividades-meio dos serviços.

Pretende-se discutir os temas: formação de trabalhadores em gestão em saúde e trabalho em equipe.

O presente estudo busca contribuir para a reflexão sobre a formação do trabalhador de nível médio na área da gestão em saúde, considerando o quantitativo expressivo e a importância desse trabalhador na organização e funcionamento do sistema de saúde.

SESSION 41

11:00 – 12:30

Gestión hospitalaria

Cuál es la propensión de los gestores a la evaluación de proyectos?

Pernelle Smits, IRSPUM-Université de Montreal et François Champagne, Québec.
Pernelle.smits@umontreal.ca

Resumen

Contexto: Evaluaciones en los países sub-desarrollados están aumentando con la obligación que les dan las instituciones internacionales y la estructura de los proyectos nacionales. Los resultados de evaluación no se utilizan tanto. Para fortalecer sus utilidades, la participación de los actores al proceso de evaluación está propuesta.

Objetivos

- definir la propensión de los actores /gestores a la evaluación participativa de proyectos
- describir la propensión de los actores /gestores a la evaluación de proyectos

Métodos: La definición de la propensión versus la resistencia a la evaluación de proyectos se hizo con un estudio de literatura.

Hicimos un estudio de casos iniciando en un hospital en Haití con los gestores y el análisis cualitativo con QDA Miner.

Resultados: El estudio demostró una propensión muy diferente entre los gestores. Dentro de todos los gestores, consistencias se diseñaron:

- el aprendizaje está informal con medios de interacciones personales y de intercambio de experiencia
- atribuyen un significado negativo al uso del espíritu crítico,
- el trabajo en grupo está parte de su rutina diaria
- el uso de métodos sistemáticos fue visto de una diversa manera por los profesionales y los evaluadores de salud.

Los gestores administrativos alinearon entre el más bajo de la propensión comparado a sus colegas clínicos.

Conclusiones: Este estudio resulta interesante porque se interesa a la propensión y no a la resistencia. Además, trae lecciones para los evaluadores que quieren hacer evaluaciones

participativas, especialmente sobre las diferencias de modelo entre una evaluación para los gestores y una para los evaluadores.

Thèmes à discuter : evaluación de proyectos y utilización por los gestores

Etude comparative des investissements privés en France et en Allemagne dans les établissements hospitaliers de court séjour.

Paul Garassus, Société Française d'Economie de la Santé, Michel Lamure, Jean-Paul Auray, Michel Dubois y Gérard Duru, France. doctpaga@me.com

Résumé

Nous présentons l'analyse de l'évolution des dix dernières années en matière d'hospitalisation privée de court séjour dans deux pays européens, l'Allemagne et la France. Ces deux pays ont vécu des réformes concomitantes du financement hospitalier respectivement par les G-DRG (German-DRG) et la TAA (Tarification A l'Activité). L'évolution du parc hospitalier pour les activités de court séjour est différente, mais on note l'importance du secteur hospitalier privé sa part étant croissante en Allemagne, stabilisée en France. Nous décrivons leurs parts de marché, leur répartition géographique et leur type capitalistique. Les résultats financiers des principaux groupes seront présentés et discutés en fonction de la politique tarifaire appliquée dans chacun de ces deux pays. L'analyse des stratégies comparatives d'investissements représente le thème principal des résultats présentés.

Hospitales universitarios federales: La nueva reestructuración organizativa en debate.

Vidigal Fernandes Martins, Universidade Federal de Uberlândia, Lucimar Antônio Cabral de Ávila, Rodrigo Fernandes Malaquias y Edilberto Batista Mendes Neto, Brasil

Resumo

Toma como eje central el Programa de la Reestructuración de los Hospitales Universitarios Federales (REHUF). Más específicamente, buscó aprehender la nueva propuesta de reestructuración de los hospitales universitarios federales e identificar el modelo subyacente a esta propuesta.

Los cambios que vienen siendo propuestos en la gestión de los sistemas de servicios de la salud han exigido cada vez que más adopción de nuevas medidas decisivas adecuadas a esa actual realidad se tornando vital aprender a formular y planear nuevas estrategias. Este artículo buscó discutir aspectos importantes del modelo de servicios de la salud, aquí entendidos como el conjunto de las actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar y mantener la salud de la población.

Considerando el objetivo ora propuesto, la cuestión orientadora de este estudio fue: ¿cuáles son los presupuestos que sustentan la nueva propuesta de la reestructuración de los hospitales universitarios federales (REHUF)?

La contestación a este cuestionamiento tuvo los siguientes pasos metodológicos: fue realizada una investigación en los sitios oficiales del gobierno federal para levantar datos sobre la propuesta del REHUF, así como los documentos producidos por el movimiento sindical habían servido de objeto de análisis.

Para dar sustentación teórica al estudio realizado, buscó asociar los datos obtenidos al referencial teórico que trata de los modelos organizacionales contemporáneos.

Regulação de Leitos hospitalares em uma capital do Brasil: Uma intervenção para enfrentamento de barreiras de acesso aos usuários do SUS aos leitos hospitalares em capital brasileira.

Maria da Conceição Benigno Magalhães, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia y Mariana Bertol Leal, Brasil

Gestión de riesgos sanitarios.

Salvador Chávez Ramírez, Universidad de Guadalajara, Armando Martínez Ramírez; Enriqueta Guadalupe Cambero González; Erika Karina Ortega Larios, México

Resumen

La necesidad de la gestión activa de los riesgos sanitarios proviene de la creciente demanda de calidad por los usuarios de los servicios médicos. Y de los resultados de los estudios realizados en el campo de los eventos adversos evitables, que demuestran la importancia social y económica de dichos problemas.

Es indudable que las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarle daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de servicios sanitarios pueden aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia.

Los errores asistenciales tienen consecuencias inaceptables para los pacientes y su familia, generan un costo de atención económico muy elevado, erosionan la confianza de los usuarios en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima.

Afortunadamente, cada día es mayor la conciencia sobre la cantidad de situaciones que provocadas por descuidos o errores en los sistemas de salud, elevan injustificadamente el riesgo de que pacientes hospitalizados sufran daños, a veces severos o incluso fatales, con el agravante de que muchos de estos son prevenibles.

Obviamente dejar de asistir a los hospitales no es una solución racional para evitar los riesgos de sufrir un evento adverso; para disminuirlos, así como sus consecuencias, se deben implantar Programas de Gestión de Riesgos Clínicos en el contexto global de la calidad asistencia.

Un Programa de Gestión de Riesgos Sanitarios espera obtener un triple beneficio: para los usuarios, una mejor calidad de atención; para los profesionales, un incremento en la seguridad en su actuación y una mayor tranquilidad en su desempeño; y para la institución sanitaria, un mayor riesgo en la gestión de sus propias responsabilidades y una disminución del costo.

La Gestión de Riesgos Sanitarios (*Risk Management*), es el proceso que pretende establecer pautas de actuación para la toma de decisiones, de manera que elimine o minimice las pérdidas a que da lugar la transformación de daños de los riesgos que conlleva la prestación de asistencia sanitaria.

La metodología utilizada en el estudio es la propuesta por Saturno adaptada del método HEFMEA (*Healthcare Failure Modes and Effects Analysis*) desarrollado por la *Veteran Administration*.

SESION 43

12:30 – 14:00

La equidad en salud ¿Qué nos depara el nuevo milenio?

El Fondo Monetario Internacional: efecto de sus políticas en el personal de salud en países de mediano y bajo ingreso.

Silvia Tamez González, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
stamez@correo.xoc.uam.mx

Resumen

En éste trabajo se analiza el documento publicado por el Consorcio sobre AIDS, Desarrollo Internacional y la fundación Acción para la Salud Global (Consortium on AIDS & International Development and Action for Global Health) en febrero de 2010. Se trata de un documento que reporta los resultados de un estudio realizado en 9 países africanos considerados de mediano y bajo ingreso que reportan las tasas más elevadas de VIH. El centro del análisis son los efectos que la política impulsada por el FMI ha ocasionado en las tendencias de crecimiento del personal de salud.

El principal antecedente de este trabajo es la investigación realizada por la OMS en 2006 en 57 países que mostró una severa crisis de la fuerza de trabajo en la salud con un déficit que alcanzó más de cuatro millones de trabajadores.

Bajo la perspectiva de las principales conclusiones que prácticamente responsabilizan al FMI y sus políticas de esta crisis global en los recursos para la salud se analiza el caso de México y como

han operado en nuestro país. Los resultados están en proceso pero algunos avances nos muestran que al igual que en los nueve países estudiados, las políticas adoptadas por el Estado mexicano durante las últimas tres décadas al asumir los mandatos del FMI y también del BM, lleva a prácticas macroeconómicas que restringen severamente la inversión pública en salud y por lo tanto conllevan a una escasez del personal de salud.

Así mismo, se examinan las recomendaciones hechas por los organismos involucrados a que el FMI, realmente replantee realmente las exigencias en los países que adoptaron sus programas.

Sistema de salud y los ODM en México. ¿Avance a la equidad?

Catalina Eibenschutz H., Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
eibencaty@gmail.com

Resumen

Objetivo: Ha pasado una década desde la firma de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015, los avances en general son magros y en México cumplirlos se ve como una promesa lejana. ¿Estamos lejos de cumplir las metas en salud? El objetivo de este trabajo es presentar un análisis sobre los principales obstáculos para lograr la disminución de las inequidades en salud y su impacto en el cumplimiento de los ODM.

Contexto y descripción del problema: En materia de salud tres son los objetivos a cumplir: O5.Reducir la mortalidad infantil, O6. Mejorar la salud materna y O7. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. En México por ejemplo, la meta a lograr en mortalidad materna es disminuir la tasa hasta 22.3 por 100 mil nacidos, para 2005 la tasa nacional fue de 63.4 y las disparidades por estado son más preocupantes, ya que para el mismo año en Guerrero la tasa fue de 128.20 por 100 mil nacidos.

Con la reforma sanitaria y con los cambios al IMSS se obtuvo la transformación de la salud en una mercancía; el crecimiento del sector privado, sostenido por los seguros privados de salud, dio por resultado un sistema de atención diferenciado y desarticulado. Como resultado tenemos en la actualidad que en México se transita de derechos sociales a derechos individuales; de universalidad a propuestas crecientemente selectivas; de solidaridad a individualización de costos y de integralidad a fragmentación. Es decir, se reproduce en forma creciente y permanente la inequidad.

El contexto de crisis generalizada y sus particularidades en el país, las presiones del FMI consecuencia de los préstamos de rescate, las serias secuelas de la política de privatización de los servicios de salud, son elementos necesarios para analizar e ir más allá de señalar el “fracaso” en el cumplimiento de los objetivos del milenio y pensar en las necesidades para proyectar soluciones.

Discusión: La transición hacia un sistema único y universal de salud y seguridad social con participación ciudadana, donde se recuperen los valores de la solidaridad y la responsabilidad del Estado en el compromiso por el derecho ciudadano a la salud, ¿qué posibilidades de solución a los problemas de inequidad puede representar?

La política de protección financiera y la flexibilización del trabajo hospitalario en el Distrito Federal. Efectos en la salud.

Alejandrina Cabrera, Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES, México.
gpe_alejandrinacm@hotmail.com

Resumen

El objetivo de esta investigación fue estudiar fatiga crónica y desgaste profesional, también denominado Síndrome de Bournout en los trabajadores de salud en relación con exigencias laborales derivadas de la flexibilización laboral. El contexto de esta investigación está conformado con los cambios que la introducción de la política de “protección financiera” al interior del sector de los servicios ha implicado en la organización del trabajo hospitalario. Esta política, está determinando la emergencia de formas de contratación que por lo general corresponden a trabajos precarizados, lo que obliga a los trabajadores a laborar en dos y hasta en tres centros de trabajo simultáneamente.

Se trata de mostrar que las transformaciones cotidianas en los servicios de salud reflejan una tendencia a la precarización laboral a la vez que producen diversas manifestaciones de daño en la salud, especialmente las relacionadas con fatiga crónica. Metodología. Se realizaron 25 entrevistas semi-estructuradas en trabajadores que laboran en diversos hospitales del Distrito Federal, dirigidas a explorar tanto la existencia de fatiga crónica como las condiciones de trabajo derivadas de la organización flexible de la jornada laboral y de la forma de contratación. Los resultados de esta investigación están en proceso.

Desigualdad, equidad, justicia y salud.

Rafael González Guzmán, UNAM y ALAMES, México. rgcs@servidor.unam.mx

Resumen

El presente trabajo forma parte de una línea de investigación sobre la dimensión ética en la formulación de políticas de salud. En él se examinan de manera resumida los tres enfoques principales que existen en el campo de la equidad social y su relación con la salud y las políticas sanitarias que se desprenden y forman parte de cada enfoque. Como parte de una mesa de discusión sobre los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* la presente comunicación pretende definir los principales resultados que tendría la aplicación de cada uno de los enfoques éticos en las políticas de salud en particular en América Latina.

Resumo

Este trabalho é parte de uma pesquisa sobre a dimensão ética na formulação de políticas de saúde. Analisa, em síntese, as três principais abordagens que existem no campo da equidade social e sua relação com a saúde e as políticas de saúde que fazem parte de cada abordagem. Como parte de uma mesa redonda sobre a *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* o presente comunicação destina-se a definir os principais resultados que teria a aplicação de cada uma das abordagens éticas na política de saúde em particular na América Latina.

SESION 45

12:30 – 14:00

Avances y retos del tratamiento antirretroviral en México: el desafío para las formas de financiamiento público

Resumen

Objetivos: el estudio se enfoca sobre las formas de financiamiento de los medicamentos antirretrovirales y las políticas de fijación de precios de los antirretrovirales en el caso de México y Brasil.

Antecedentes: las formas de financiamiento no son neutrales en relación con el acceso y la equidad. Las formas de financiamiento públicas, seguridad social o impuestos, son más equitativas que las que dependen del bolsillo de los hogares. La experiencia muestra que los precios o los cargos pueden representar una barrera a la entrada a los servicios de salud, pues se condiciona el acceso a los servicios de salud a la disponibilidad de ingreso en los bolsillos. La personas que viven con VIH/SIDA en el Brasil tienen acceso universal a un tratamiento comprehensivo que incluye a los ARV's, y en México se ha tenido una fuerte expansión en la cobertura de los antirretrovirales.

Métodos: Las cuentas de salud en VIH/SIDA se emplean para estudiar las formas de financiamiento. Para los precios de los medicamentos se utiliza la información pública y privada. Adicionalmente se emplean los registros de MSH para otros precios internacionales. Los datos se estandarizan para realizar una comparación de precios al mayoreo en dólares.

Resultados: La principal fuente de financiamiento, en ambos países, es pública. En el caso del Brasil se tiene un acceso universal a las terapias de ARV's, lo cual no es así en México. Los precios de los ARV's son más elevados en México que en el Brasil, lo cual puede limitar la cobertura de los programas de CENSIDA.

Conclusiones: Los precios de los medicamentos constituyen un barrera efectiva que limita el acceso a las terapias. El acceso limitado al tratamiento con ARV's en México no ha permitido que se reduzca la tasa de mortalidad por SIDA, por lo que sería deseable que se recogieran las

experiencias internacionales como la del Brasil para contar con un programa de financiamiento sustentable de cobertura a largo plazo.

Discusión de los antirretrovirales como mercancías y o como satisfactor de necesidades en el contexto de México.

Arturo Granados y Cesar Torres, México

Financiamiento con equidad en el tratamiento del vih/sida con antirretrovirales.

Raúl E. Molina Salazar, Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Iztapalapa, México.
rems.molina@gmail.com

Résumé

Objectifs: L'étude se concentre sur les moyens de financement des médicaments antirétroviraux et les politiques de prix des antirétroviraux dans le cas du Mexique et le Brésil.

Contexte: les options de financement ne sont pas neutres en matière d'accès et d'équité. Les formes de financement public, les taxes de sécurité sociale, sont plus justes que les ménages de poche à charge. L'expérience montre que les prix ou les charges peuvent représenter une barrière à l'entrée aux services de santé, car elle détermine l'accès aux services de santé de la disponibilité des revenus dans les poches. Les personnes vivant avec le VIH / sida au Brésil ont accès universel au traitement ARV complet, y compris, et au Mexique a été très forte dans la couverture des antirétroviraux.

Méthodes: Les comptes de la santé en matière de VIH / SIDA sont utilisés pour explorer les moyens de financement. Pour les prix des médicaments sont utilisés publics et privés d'information. En outre dossiers MSH utilisé pour d'autres prix. Les données sont normalisées pour la comparaison des prix de gros en dollars.

Résultats: La principale source de financement dans les deux pays, est publique. Dans le cas du Brésil a accès universel au traitement ARV, ce qui n'est pas bien au Mexique. Les prix des ARV sont plus élevés au Mexique qu'au Brésil, ce qui peut limiter la couverture du programme de recensement.

Conclusions: Les prix des médicaments sont une barrière efficace qui limite l'accès aux thérapies. L'accès limité aux ARV au Mexique n'a pas permis de réduire le taux de décès dus au sida, il serait souhaitable de recueillir des expériences internationales, comme le Brésil d'avoir une couverture de financement durable du programme à long terme.

Tendencias en la cobertura del tratamiento antirretroviral y los desafíos para alcanzar la sustentabilidad de esta política en México.

Carlos Magis, México

SESION 46

12:30 – 14:00

De la formación a la investigación en Sistemas de Salud

Presidente: Belkis Aracena Genao, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Los médicos y la industria farmacéutica en México: un análisis de su relación.

Elizabeth Candia Fernández, Instituto Nacional de Salud Pública y Veronika Wirtz, México

Resumen

Antecedentes: La industria farmacéutica se relaciona con los médicos de diferentes formas, ya sea en actividades vinculadas con la educación médica continua o con la promoción de los medicamentos. La relación ha generado controversia porque hay evidencia para influenciar la actitud, el conocimiento y el comportamiento prescriptivo del médico. Asimismo, ésta se vincula a un aumento en la percepción del conflicto de intereses en los médicos y se asocia probablemente a un uso irracional de los medicamentos. Lo que puede generar un impacto negativo en la Salud Pública. El objetivo fue analizar la relación de los médicos especialistas con la industria farmacéutica así como las percepciones de los médicos sobre dicha relación.

Método: El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal realizado durante el año 2008. Se realizó una encuesta auto-administrada a los médicos certificados (unidad de análisis) de las especialidades de Psiquiatría, Medicina Interna, Pediatría, Cardiología y Endocrinología; residentes en la ZMCM. La teoría principal que sustenta este estudio se basa en las “relaciones sociales basada en el intercambio de regalos”.

Resultados y discusión: Los resultados muestran que los médicos especialistas mexicanos tienen una relación frecuente con la industria farmacéutica. En nuestro contexto, los médicos que laboran en el sector privado se relacionan con mayor frecuencia con los laboratorios farmacéuticos que los del sector público. La relación se estableció principalmente por el ofrecimiento de diversas formas de promoción de los medicamentos. Los apoyos e incentivos comúnmente proporcionados (entre el 60-86%) fueron: artículos promocionales (plumas, agendas, etc.), seguido de material didáctico (libros y bibliografía), y material de oficina. La mayoría de los médicos muestran una actitud positiva para relacionarse con la industria y estuvieron a favor de recibir todo tipo de regalos y beneficios de la industria, de cualquier valor e inclusive si no tienen relación con su práctica médica. Asimismo de recibir financiamiento para actividades de investigación, así como pagos por pacientes para estudios clínicos. Los resultados de este estudio tienen gran relevancia para el sistema de salud mexicano, porque evidencian que los médicos especialistas interaccionan de manera frecuente con la industria farmacéutica y que ésta puede influenciar a los médicos y afectar sus patrones de prescripción, tanto en el sector público como en el privado. Esto es trascendental para México, debido a que 22% del gasto total en salud se invierte en medicamentos, y de éste, 88% corresponde a gasto de bolsillo.

Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados derechohabientes del IMSS.

Juan Carlos García-Cruz, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. jcgarcia@cis.gob.mx

Resumen

Objetivo: Determinar si pacientes frágiles al egreso hospitalario presentan mayor deterioro funcional en comparación a pacientes no frágiles.

Diseño: Estudio de cohorte prospectiva.

Sitio: Centro académico hospitalario de tercer nivel.

Participantes: 133 pacientes mayores de 60 años.

Mediciones: Al ingreso tres o más de cinco criterios (fatiga, pérdida ponderal, baja actividad física, menor fuerza de prensión y velocidad de marcha disminuida) definieron fragilidad y dos o menos no fragilidad, se registró independencia funcional, comorbilidad y evaluación geriátrica. El desenlace de interés fue el descenso de independencia funcional al egreso.

Resultados: 69 participantes no frágiles y 64 frágiles. El descenso promedio de independencia funcional al egreso fue 8.06% (IC 95% 5.75 a 10.38), de 97.98% a 89.91% ($p < 0.001$) en no frágiles y 21.18% (IC95% 17.38 a 24.98), de 87.53% a 66.34% ($p < 0.001$) en frágiles. La diferencia media entre grupos al egreso fue 14.38% (IC95% 11.94 a 16.81 $p < 0.001$) en detrimento de los frágiles. La fragilidad se asoció a deterioro funcional en análisis simple y múltiple de diferencia de diferencias, β -13.1% (IC95% -17.47 a -8.73 $p < 0.001$) y β -16.95 (IC 95% -23.00 a -10.89 $p < 0.001$) respectivamente. En el modelo final, fragilidad (coeficiente β -14.66 IC 95% -19.29 a -10.03 $p < 0.001$) y deterioro cognitivo (coeficiente β 5.1 IC 95% 0.034 a 9.76 $p = 0.034$) predicen deterioro funcional. La edad, sexo, estado civil, comorbilidad, depresión, nutrición, polifarmacia, visión, audición, caídas y auto-percepción de salud no tuvieron asociación significativa.

Conclusiones: La fragilidad predice independientemente deterioro funcional al egreso hospitalario. Estrategias que prevengan o limiten el deterioro en este grupo vulnerable son requeridas.

Tema a discutir a lo largo de la sesión: Planeación y desarrollo de servicios o modelos de atención en salud a esta población

Factores asociados a la demanda del servicio de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México, 2010.

Alejandro Figueroa Lara, Instituto Nacional de Salud Pública, Belkis Aracena Genao, Héctor Lamadrid Figueroa y Hortensia Reyes Morales, México. fila0208@gmail.com

Resumen

Objetivo: Identificar las barreras de acceso que están condicionando el uso del servicio de ILE en el DF, 2010

En México, se estima que durante la década de los noventa se realizaron anualmente 500 mil abortos inseguros. Lo que puede reflejarse en el hecho de que entre 1995 y 1997 el 8% de las muertes maternas se asociaron con el aborto. En base a datos de la ENADID 2006 se ha estimado que del millón 204 mil mujeres que estuvieron embarazadas en este mismo año, 882 mil no deseaban estar embarazada, se calcula que el número de abortos inducidos para este mismo año fue de 874 mil.

En México, durante mucho tiempo las leyes sobre el aborto se mantuvieron intactas. Es a partir del año 2000 cuando en el DF, se ampliaron las causales legales para la práctica del aborto. Debido a un arduo proceso de discusión, se reformó en abril del 2007 el código penal del DF para despenalizar totalmente el aborto hasta las 12 semanas de gestación, por decisión de la mujer. A este procedimiento, de manera legal, se le conoce como Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

De esta manera, el sistema de salud local asumió la responsabilidad de dar respuesta a todas las solicitudes de ILE de manera oportuna y con calidad. Sin embargo, la literatura ha mostrado que la disponibilidad de un marco jurídico que da derecho al aborto, es una condición necesaria más no suficiente para garantizar el acceso al servicio y se puede pensar que el DF no es la excepción. Antes de que la ley entrará en vigor, el Instituto Alan Guttmacher se estimó que el número de mujeres residentes del DF que demandarían este servicio anualmente sería alrededor de las 165 mil, no obstante, desde que se despenalizó el aborto hasta septiembre del año 2009 solamente se han registrado 53 mil 872 solicitudes de información sobre la ILE, 38 mil 921 solicitudes de procedimiento y finalmente solo 31 mil 220 mujeres han recibido el procedimiento.

La presente investigación generará evidencia que permitirá conocer porque esta diferencia en el número de mujeres que demandan el servicio a través de la identificación de las barreras de acceso que están mediando la utilización al servicio de ILE en el DF. La información que genere la investigación puede ser de utilidad para los tomadores de decisiones para generar acciones encaminadas a reducir el peso de las barreras de acceso en el uso del servicio de ILE.

Comparación de los espacios de decisión en la función de organización del Sistema de Protección social en Salud en cuatro estados de México.

Noé Ortiz López, Instituto Nacional de Salud Pública, Miguel Ángel González Block, Emanuel Orozco Núñez y Luz María González Robledo, México

Resumen

Objetivo de la propuesta: Presentar un análisis comparativo de los espacios de decisión en la función de organización del Sistema de Protección Social en Salud en cuatro estados de México.

Contexto y descripción del problema: La política de Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) busca fortalecer la capacidad de los estados para la toma de decisiones ajustada a las condiciones de operación de los servicios y a las necesidades de salud de la población. Durante siete años, los gobiernos estatales han tenido la oportunidad de mostrar su capacidad para la gestión descentralizada de los Servicios de Salud, en un marco de protección financiera. Actualmente aun se desconoce si los espacios de decisión se incrementaron para los tomadores de decisiones y qué dirección han tomado estas decisiones en el objetivos del SPSS.

Metodología: Se realizó un estudio en cuatro estados de la República Mexicana (Estado de México, Guanajuato, Morelos y Oaxaca) seleccionados por ser estados pioneros en la implementación del Programa del Seguro Popular. Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a directivos que integran los Régimen Estatal de Protección Social en Salud y los Servicios de Salud. Obteniendo información sobre el espacio de decisión en la función de organización. El análisis se procesó a través de matrices de información entre el espacio de decisión y la función de organización en que se decide.

Resultados y discusión: Se muestra una disminución generalizada en los estados en la toma de decisiones en la función de organización del Sistema de Protección Social en Salud a pesar del incremento en el espacio de decisión.

Temas a discutir: Espacios de decisión, toma de decisión y cambios en la función de organización del SPSS.

SESION 47

12:30 – 14:00

As configurações e re-configurações do trabalho em saúde e as múltiplas dimensões do cuidado.

Presidente: Magda Scherer, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil. magdascherer@unb.br

Resumo

Ao longo da história da humanidade, homens e mulheres trabalham, produzem e reproduzem a vida. Esta é uma constatação, que faz com que estudiosos das mais diversas disciplinas se debrucem sobre o estudo de como esse trabalho se realiza e do que muda, no tempo e no espaço, no mundo do trabalho.

O trabalho em saúde é de natureza multidimensional, seu objeto é de grande complexidade e os limites da situação de trabalho são fluídos, difíceis de padronizar e por consequência, não é fácil estabelecer quais são as competências apropriadas e como fazer a sua gestão.

A estruturação das profissões de saúde aconteceu em todo o mundo associada ao movimento de fragmentação do processo de produção do conhecimento, conformando diversos campos e núcleos profissionais. Esse processo gerou, contraditoriamente, o parcelamento do cuidado do ser humano, e ao mesmo tempo a inter-dependência das profissões para a produção do cuidado. Em cada profissão atuam profissionais com paradigmas e experiências diferentes, que vão compor modos distintos de atuar. Podemos indagar: como se organizam os coletivos e cada profissional para produção do cuidado? Quais as escolhas que são feitas? Como são tomadas as decisões? Como respondem aos novos problemas que se apresentam ou enfrentam as restrições do contexto? Como a formação orienta para o cuidado em saúde? Como definir o cuidado? Como avançar na direção da integralidade do cuidado?

Objetivos:

- Compartilhar experiências, conhecimentos e metodologias de análise das práticas de cuidado em saúde desenvolvidas por diversas profissões e coletivos de saúde
- Estabelecer uma rede de cooperação internacional sobre a temática

Serão aceitos trabalhos que versem sobre:

- Integração e conexão de saberes na realização do cuidado em saúde
- Integralidade do cuidado em saúde
- A construção de coletivos sinérgicos para o cuidado em saúde
- A influência do meio para o desenvolvimento do cuidado em saúde
- A formação para a prática do cuidado
- O cuidado e sua dimensão de encontro e de intervenção na vida de outros

Supervisão de estágio em serviço social no Hospital de Ensino: tensão entre saberes e temporalidades.

Edna M. G. Joazeiro, Hospital de Clínicas UNICAMP, Brasil. emgoulart@uol.com.br

Resumo

O estudo analisa o encontro entre experiência e conhecimento que se realiza na atividade de trabalho da supervisora de campo **do** e **no** estágio supervisionado em Serviço Social no Hospital de Ensino Público. Utilizando as categorias e as ferramentas conceituais da abordagem ergológica, – *corpo-si*, dramáticas do uso de si, ingredientes da competência humana industriosa, Entidade Coletiva Relativamente Pertinente (ECRP) – explicita que essa atividade de trabalho **do** e **no** estágio é no mesmo ato, uso de si por si e uso de si por outrem (SCHWARTZ), aponta ainda a necessidade de colocar em discussão a concepção vigente do estágio como “campo de treinamento” por julgá-la herdeira de uma outra lógica, a do trabalho como execução. O estudo teve como fonte empírica principal os depoimentos de supervisoras de estágio de Serviço Social do Hospital de Clínicas/UNICAMP no período de 1994 a 2003 e, como fonte de informação específica, o diário de supervisão. Buscou compreender e explicitar o caráter interdependente e indissociável dos saberes presentes diuturnamente no trabalho da supervisora, saberes que se materializam no diálogo tecido em presença do *corpus* de saberes da profissão e de saberes

diversos oriundos de outros campos de conhecimento (Pólo 1), dos saberes da disciplina ergológica, presentes no encontro com a população usuária, com o risco de vida e o trabalho (Pólo 2), estando estes pólos em presença e em tensão com os valores mercantis, os valores do bem comum e da vida (Pólo 3) que marcam de modo inelutável esse meio de trabalho e formação. A formação nas diversas profissões da saúde enfrenta o desafio de fazer da atividade de trabalho na assistência um espaço onde também se ensina cuidar da vida dos outros. A análise permite apontar as múltiplas dimensões colocadas à supervisão na área da saúde bem como assinala a natureza híbrida dos saberes e as diversas temporalidades que circulam nesse ECRP, o Hospital de Ensino. Defende que para preparar profissionais comprometidos com a política pública de saúde é imprescindível um “olhar com a lupa” para as tramas e os dramas presentes nesse campo marcado por diversas lógicas onde a luta pela defesa da vida está em tensão permanente com a ampliação da demanda, com a heterogeneidade da estrutura epidemiológica e com as múltiplas expressões da questão social que marcam a vida na sociedade moderna.

Dinâmica Subjacente ao Trabalho de Enfermagem no Processo de Cuidar.

Claudia Tavares, Universidade Federal Fluminense, Marilei Tavares e Souza y Vera Regina Sobral, Brasil

Atenção primária de saúde: tornar visível o cotidiano do trabalho para reconfigurar o cuidado em saúde.

Magda Scherer, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília y Maria da Glória Lima, Brasil. magdascherer@unb.br

Resumo

Trata-se de um projeto de pesquisa-ação que visa apoiar o trabalho dos profissionais de equipes de atenção primária de três Unidades da Estratégia Saúde da Família de um município da Região Centro-Oeste do Brasil. Busca-se contribuir para ampliar a eficácia do trabalho e a satisfação dos trabalhadores e usuários, por meio de transformações das práticas de cuidado e de gestão. Aposta-se no protagonismo dos sujeitos para contribuir na operacionalização da atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. Participam Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiras, Médicos e Dentistas. O desenvolvimento do projeto, com referencial teórico-metodológico da Ergologia e da Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde foi organizado em três momentos integrados: 1) estruturação das ações e negociação com gestores e profissionais de saúde; 2) capacitação de apoiadores do trabalho das equipes e intervenção no processo de trabalho, mediante oficinas teóricas, análise do trabalho para organização das práticas de cuidado e avaliação por grupos focais; 3) Seminário para compartilhamento das experiências e construção de estratégias para fortalecimento da gestão do trabalho em saúde no município. Foram criados espaços coletivos de gestão do trabalho da equipe em cada Unidade de Saúde, onde se passou a analisar o processo de trabalho e o modelo de atenção à saúde. Nem todos os profissionais conheciam a política e as normas orientadoras da suas práticas, estas percebidas como fragmentadas, não planejadas, e nem sempre de acordo com as necessidades da população. Cada equipe definiu um plano de ação para enfrentamento de um problema prioritário, no caso a hipertensão arterial e a diabetes. A elaboração e implementação das ações possibilitaram a melhoria da comunicação e da organização do trabalho em equipe, a aproximação dos trabalhadores da gestão, a reflexão sobre a atividade prescrita e a efetivamente realizada e a compreensão do que está no âmbito de atuação da equipe e os seus limites. Os trabalhadores sentem-se valorizados, engajam-se permanentemente nas ações e constroem ações intersetoriais para qualificar as ações de saúde que realizam. Pretende-se debater a construção das práticas de cuidado na atenção primária de saúde, orientada pelas necessidades de saúde, a participação social nesse processo e o modelo de gestão. O projeto contribui para o debate da gestão como um processo exercido por todos que participam do processo de trabalho.