

XXI Congreso de ALASS. 2 - 4 Septiembre 2010**ALASS se beneficia del soporte de:****Andorra**

Ministeri de Salut, Benestar, Família i Habitatge. Govern d'Andorra

Belgique

Université Catholique de Louvain. Département des Sciences Hospitalières et Médico-Sociales. Bruxelles

Université Libre de Bruxelles. Hôpital Erasme. Bruxelles

Association des Etablissements Publics de Soins (AEPS). Bruxelles

Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles

Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. ANMC. Bruxelles

Canada

Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal

Institut National de la Santé Publique du Québec

España

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut. Valencia

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Fundación Española para la Cooperación, Salud y Política Social. Madrid

O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

Hospital Universitario Dr. Peset. Servei Valencià de la Salut. Valencia

Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Santander

France

IRDES. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Paris

Ecole Nationale de Santé Publique. Rennes

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Haute Autorité de Santé (HAS)

Italia

CRISS. Centro interdipartimentale per la Ricerca e l'Integrazione Socio-Sanitaria. Università

Politecnica delle Marche. Ancona

Luxembourg

Entente des Hôpitaux Luxembourgeois. Luxembourg

Centre de Recherche Public de la Santé. Luxembourg

México

Departamento de Atención a la Salud. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, D.F.

République de Moldova

Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină. Chisinau

România

Școala Națională de Sănătate publică și Management sanitar. Bucurest.

Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse / Svizzera

Département des affaires régionales, de l'économie et de la Santé (DARES). République et Canton de Genève

Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

Service de la Santé Publique du Canton du Valais

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Comité de Programa

Antonio Alfano, Italia
Jean Paul Auray, France
Joan Barrubés, España
Domenico Bochicchio, Italia
Filippo Bolla, Suisse
Georges Borges da Silva, France
Monica De Angelis, Italia
Carlo De Pietro, Italia
Gianfranco Domenighetti, Svizzera
Luminita Dumitrascu, Moldova
Guy Durant, Belgique
Cécile Fontaine, Belgique
Marie-Pierre Gagnon, Canada
Berta Maria Iradier, España
Karim Laaribi, France
Marie Lise Lair-Hillion, Luxembourg
Ana Maria Malik, Brasil
Catherine Maurain, France
Luca Merlini, Svizzera
Lavinia Pavel, România
Jean-Claude Praet, Belgique
Alfredo Rivas, España
Nicole Rochat, Suisse
Denis Savage, Québec
Carmen Tereanu, România
Carolina Tetelboin Henrion, México
Hubert Wallot, Québec

Comité de organización

Carolina Tetelboin Henrion, UAM-Xochimilco, DF
Raquel Abrantes Pego, CIESS, DF
Armando Arredondo, INSP, Morelos
Salvador Chávez Ramírez, CUCS, U de G, Jalisco
Marisol Collinao Romero, UAM-Xochimilco
Georgina Contreras Landgrave, UAEM-Nezahualcoyotl, Estado de México
María Elena Contreras Garfías, UAM-Xochimilco, DF
Pedro Farfán, CUCS, U de G, Jalisco
María de los Ángeles Garduño, UAM-Xochimilco, DF
Marta Jiménez, UAM-Xochimilco, DF
Miguel Ángel Karam, UAEM, Estado de México, ALAMES
Francisco Mercado, CUCS, U de G, Jalisco
Raúl E. Molina Salazar, UAM-Iztapalapa, DF
Laura Moreno Altamirano, Dpto. Salud Pública, UNAM, DF
Rosa María Nájera Nájera, Red de Salud, UAM, DF
Judith Ortega Canto, I. H. Noguchi, UADY, Yucatán
Ricardo Pérez-Cuevas, CMN Siglo XXI, IMSS, DF
Raquel Ramirez, UAM-Xochimilco, DF
Roselia Rosales, Socio-antropología de la Salud, UACM, DF
Henri Savall, ISEOR, U. Jean Moulian Lyon 3, Francia
Luz María Tejada Tayabas, F. de E., U.A.S.L.P., S. L. Potosí
Véronique Zardet, ISEOR, U. Jean Moulian Lyon 3, Francia
Gloria Galván Flores, CMN Siglo XXI, IMSS, DF
Juan Manuel Castro Albarrán, Depto. Salud Pública, UNAM, D.F.

Lugar del congreso

Rectoría Universidad Autónoma Metropolitana
Prolongación Canal de Miramontes 3855
Colonia Ex Hacienda San Juan de Dios
Delegación Tlalpan, CP 14387
México, DF

Jueves 2 de Septiembre

SESIÓN POSTERS

11:00 – 12:30

1.- I nuovi ordinamenti dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie nella prospettiva europea. Riferimenti normativi e considerazioni.

Giovanni Mazzoni, Università Politecnica delle Marche, Simonetta Cercaci y Federica Marchetti, Italia. g.mazzoni@univpm.it

Riassunto

Gli Autori analizzano i contenuti del Decreto Interministeriale (D.I.) del 19 febbraio 2009 che ha ridefinito gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, distinte nelle varie classi (1. Infermieristica ed ostetrica; 2. della Riabilitazione; 3. Tecnica; 4. della Prevenzione) ai quali dovranno adeguarsi i regolamenti didattici di tutte le Facoltà di Medicina italiane a partire dall'Anno Accademico 2011-2012.

Los Autores analizan los contenidos del Decreto Interministerial (D.I.) del 19 de febrero 2009 que ha redefinido los lineamientos de los cursos universitarios de las profesiones sanitarias, distintas en las varias clases (1. Enfermería y obstetricia, 2. de Rehabilitación, 3. Técnica, 4. de la Prevención) a los cuales deberán adecuarse los reglamentos didácticos de todas las Facultades de Medicina italiana a partir del Año Académico 2011-2012.

2.- Diseño y Validación de un Instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja.

Gloria María Galván Flores, Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud CMN SXXI, Hortensia Reyes Morales y Patricia A Espinosa Alarcón, México. bpelcast@correo.insp.mx

Resumen

Objetivo. Identificar un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado, que responda a las necesidades de las y los indígenas adultos mayores de 60 años y más, desde el punto de vista de prestadores de servicios y de los propios adultos mayores.

Problema. Con una perspectiva etnogerontológica se ubica la necesidad de nuevos esquemas de atención para población adulta mayor indígena, considerando el acelerado proceso de envejecimiento, las características socioculturales y necesidades particulares de esta población.

Método. Diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas a hombres y mujeres, adultos mayores de 60 años y más; a prestadores de servicios de salud y a recursos locales de atención a la salud en la región norte identificada como Tarahumara.

Resultados. Se caracterizan las principales necesidades de salud de esta población, se identifican los elementos facilitadores y obstáculos para la atención. Se propone un modelo de atención integral considerando: la perspectiva de los prestadores, la perspectiva de los adultos mayores indígenas, la información del contexto, el análisis de modelos previos y la revisión documental.

La generación de modelos de atención a la salud dirigidos a poblaciones específicas es un reto que deben encarar hoy en día los sistemas de salud. El enfoque intercultural que aquí se propone, responde a la necesidad de lograr la equidad en salud como meta prioritaria.

3.- Estudio comparativo de los sistemas de salud regionales en relación a su atención a las enfermedades crónicas.

Roberto Nuño Solinis, O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, Polina Putrik y Regina Sauto Arce, España. nuno@bioef.org

Resumen

Objetivo de la investigación: El objetivo del estudio es diseñar una herramienta para la evaluación y comparación de sistemas sanitarios regionales, en relación a su atención a las

enfermedades crónicas, así como aplicarla a la comparación de los sistemas sanitarios de tres regiones: País Vasco (España), Región de Véneto (Italia), West Midlands (GB).

El contexto y la descripción del problema: Según datos recientes de la OMS, la mayor carga de enfermedad sobre los sistemas sanitarios se debe a enfermedades crónicas. Sin embargo, los sistemas sanitarios siguen estando más orientados a un contexto epidemiológico caracterizado por las enfermedades agudas. Es necesaria, por tanto, una respuesta urgente de adaptación a las necesidades de las condiciones crónicas.

Las teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados: La herramienta de evaluación que se propone, se basa en las diez características de los sistemas sanitarios de alta calidad en la atención a las enfermedades crónicas identificadas por Chris Ham. Estas, a su vez, se basan en los principales modelos internacionales de atención a las enfermedades crónicas (modelo de Wagner, marco ICCC de la OMS) y se apoyan en la evidencia empírica.

Basándose en la literatura sobre estudios comparados de sistemas sanitarios e indicadores relacionados con la salud, se propone una batería estructurada de indicadores para una evaluación y comparación de los sistemas sanitarios en relación a las enfermedades crónicas.

Los resultados y la discusión sobre lo expuesto: El resultado del estudio es una herramienta para la comparación de sistemas sanitarios en relación a la atención a crónicos, que es aplicable a nivel regional, pero podría aplicarse también en otros ámbitos geográficos.

La parte empírica pretende (trabajo en curso) identificar buenas prácticas, y los puntos fuertes y débiles, en la organización de la atención a las enfermedades crónicas en las tres regiones seleccionadas.

Así, este tipo de estudios muestra su utilidad para el aprendizaje mutuo y el intercambio de experiencias entre regiones. No obstante, pone también en evidencia la dificultad de realizar estos estudios a nivel internacional, debido a las diferencias en los sistemas de recopilación de datos.

Una conclusión preliminar de este estudio, es que las regiones donde existe o ha existido una política de mejora de la atención a las enfermedades crónicas, muestran mejores resultados en un número mayor de áreas.

4.- Educación para la Salud: ¿Y la Bioética? (Estado del Arte).

Yadira Isabel Cabrera Pérez, Universidad Autónoma del Estado de México y Georgina Contreras Landgrave, México. ariday_cabrera@hotmail.com

Resumen

5.- Avaliação da exposição e riscos à Tuberculose em população carcerária feminina e seus comunicantes.

Amélia Cohn, Universidade Católica de Santos, Luzana Mackevícus Bernardes, Joice Maria Pacheco Antonio Fernandes y Rosa Maria Ferreiro Pinto, Brasil. amelcohn@uol.com.br

Resumo

Os **objetivos** da investigação são: conhecer a situação atual da tuberculose entre a população carcerária feminina na baixada santista/SP e as medidas de controle, diagnóstico e tratamento que vem sendo utilizadas pelo sistema prisional e delinear o perfil dessa população, segundo idade, escolaridade, estrutura familiar, tipo de delito e pena imputada. **Descrição do problema:** a OMS estima que ocorrem 110 mil casos novos anuais de TB no Brasil (taxa de incidência de 62/100 mil habitantes). O Estado de São Paulo tem o maior número de casos do Brasil, cerca de 20 mil por ano e, as mais altas referem-se à Baixada Santista (80 casos/ 100 mil habitantes). A tuberculose é grave problema de saúde para os grupos confinados em presídios. A doença se dissemina também entre seus comunicantes durante, ou mesmo depois da reclusão. É observada uma incidência maior de tuberculose entre os presidiários do que na população em geral, pois estes são expostos a fatores de alto risco para TB, como desnutrição, higiene precária, superlotação de celas, pouca ventilação, baixo nível sócio-econômico, uso de drogas e álcool. Por conta da maioria dos presos ser do sexo masculino, os estudos relativos à Tuberculose tem se concentrado nessa população. Segundo a Secretaria de Administração Penitenciária/SP (2008), o aumento de mulheres envolvidas com o crime aumentou 26%. Em 2004, o estado de São Paulo tinha 8.213 mulheres presas. Em 2008, já eram 10.381. (SAP, 2008). **Método:** trata-se de pesquisa de qualitativa, de natureza descritiva. Os procedimentos metodológicos foram realizados em duas etapas: 1ª: levantamento dos casos notificados pela unidade prisional e que estão em tratamento;

excluídos os casos notificados, foi aplicado questionário com detentas para identificar sintomas que indiquem suspeita de Tuberculose; 2ª: entrevistas com: detentas que apresentaram suspeita de TB a partir da tabulação dos questionários; direção das unidades prisionais e profissionais de saúde das unidades. **Resultados e discussão:** a idade das detentas em tratamento variou entre 19 e 55 anos. A intolerância aos medicamentos foi referida. Existe o estigma e preconceito em relação às doentes. Não se observou medidas de controle e prevenção no sistema prisional mantendo-se as doentes nas celas, recebendo visitas de parentes regularmente. Algumas já apresentavam TB quando foram presas, entretanto, não foram isoladas até o término do período de contágio.

6.- Estudo do impacto das AMAs na demanda de internações por condições sensíveis à atenção básica no município de São Paulo – BRASIL.

Denys Carvalho Duarte Pereira, FGV y Ana Maria Malik, Brasil. cdpereira@gvmail.br

Resumo

Em 2005 foi proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Brasil - um modelo de atenção denominado Assistência Médica Ambulatorial (AMA) com a finalidade de ampliar a oferta de serviços de saúde à população, facilitando assim a entrada das pessoas no sistema e o aumento de sua eficiência. Este modelo tinha como objetivo ampliar o acesso à atenção primária, redirecionando usuários com necessidade de acompanhamento para as unidades básicas de sua área de residência, e reduzir a demanda de casos menos complexos aos prontos-socorros, ampliando a capacidade desses serviços de responder aos casos mais graves.

Este trabalho teve como objetivo avaliar se houve alteração na demanda de internações das Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSABs) nos hospitais do município que servem de referência para as AMAs, além de entender como se deu o processo de implantação e funcionamento destas unidades.

O método utilizado foi a análise de dados referentes às internações hospitalares utilizando o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS para verificar o impacto das AMAs nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, além de entrevistas e revisão bibliográfica de artigos, livros e documentos oficiais.

Os resultados do trabalho apontaram para uma diminuição no quadro de internações por condições sensíveis a atenção básica sugerindo possível relação com a implantação das AMAs no município de São Paulo, apesar das entrevistas e da revisão de documentos oficiais evidenciarem que este modelo funciona na verdade como um serviço desarticulado dos demais níveis de atenção, o que diminui sua eficiência.

Contribuições: **discussão acerca da organização de novos modelos assistenciais.**

7.- Análise do processo de inovação das práticas pedagógicas em dois cursos de graduação em enfermagem.

Claudia Tavares, Universidade Federal Fluminense, Wilza Rocha Pereira y Neuci Cunha dos Santos, Brasil. claumara@vr.microlink.com.br

Resumo

8.- Es la varicela una enfermedad exantemática benigna.

Raúl Enrique Castañeda Castaneira, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, Nelly Molina Frechero, Patricia Mendoza Roaf y Tomás González Montemayor, México. rcastane@correo.xoc.uam.mx

Resumen

9.- Efecto de una intervención educativa-interactiva con el modelo Baby Think it Over en un grupo de adolescentes de una escuela secundaria.

Ma. Magdalena Miranda Herrera, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Rosa Margarita Báez Guerrero, Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda y Claudia Vanegas Pérez, México. mmiranda@uaslp.mx

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos en un grupo de adolescentes, a través de una intervención educativa interactiva con el modelo Baby Think it Over.

Material y Métodos: Estudio Cuasi experimental prueba-posprueba con 30 adolescentes, seleccionados por un muestro no probabilístico determinada por la factibilidad del proyecto y número de bebés virtuales. Se aplicaron 2 instrumentos que se el primero midió los conocimientos sobre sexualidad y reproducción, consta de 8 indicadores en 83 ítems, El otro midió concepciones sobre maternidad paternidad con 32 ítems, ambos medidos con una escala ordinal tipo Likert, se utilizó estadística descriptiva y la t pareada para prueba de hipótesis.

Resultados: de los participantes 80% fueron mujeres, 20% hombres con edad promedio de 13.7, DE de .95; predominan los conocimientos en nivel alto sobre sexualidad y reproducción todos los indicadores, se encontró diferencias estadísticamente significativos $p < 0.05$; se registraron cambios en las concepciones sobre maternidad paternidad en cuanto edad para tener hijos y embarazo, externaron que no están preparados para ser padres, 80% señaló que existen otras maneras de demostrar interés en otra persona, sin ser sexualmente activo; en el cuidado del bebé virtual, 50% lo cuida bien, solo uno registró maltrato, los hombres registraron un mayor cuidado y atención, sin embargo en lo referente a la posición correcta o el sostener la cabeza en forma adecuada, un porcentaje ligeramente mayor de los hombres incurrieron en errores.

Conclusión: la experiencia con los bebés virtuales es excelente estrategia para capacitar a los adolescentes sobre los temas de sexualidad, y las consecuencias de la paternidad en esa etapa de su vida, brinda elementos para decidir sobre el ejercicio de una sexualidad sana y responsable.

10.- Seguro popular de salud e disparidades en la política y las prácticas de atención en el tercer nivel.

Raquel Ramírez Villegas, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y Carolina Tetelboin, México. rmramirez@correo.xoc.uam.mx

Resumen

11.- Interculturalidad en salud, la atención a adultos mayores en zonas indígenas.

Blanca E. Pelcastre Villafuerte, Instituto Nacional de Salud Pública, Guadalupe Ruelas, Hortensia Reyes, Sergio Meneses y Alejandra Amaya, México. bpelcast@correo.insp.mx

Resumen

Objetivo. Identificar un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado, que responda a las necesidades de las y los indígenas adultos mayores de 60 años y más, desde el punto de vista de prestadores de servicios y de los propios adultos mayores.

Problema. Con una perspectiva etnogerontológica se ubica la necesidad de nuevos esquemas de atención para población adulta mayor indígena, considerando el acelerado proceso de envejecimiento, las características socioculturales y necesidades particulares de esta población.

Método. Diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas a hombres y mujeres, adultos mayores de 60 años y más; a prestadores de servicios de salud y a recursos locales de atención a la salud en la región norte identificada como Tarahumara.

Resultados. Se caracterizan las principales necesidades de salud de esta población, se identifican los elementos facilitadores y obstáculos para la atención. Se propone un modelo de atención integral considerando: la perspectiva de los prestadores, la perspectiva de los adultos mayores indígenas, la información del contexto, el análisis de modelos previos y la revisión documental.

La generación de modelos de atención a la salud dirigidos a poblaciones específicas es un reto que deben encarar hoy en día los sistemas de salud. El enfoque intercultural que aquí se propone, responde a la necesidad de lograr la equidad en salud como meta prioritaria.

12.- Avaliação tecnológica Alfapecuinterferon-2a em terapia combinada com ribavirina e alfapecuinterferon-2b em terapia combinada com ribavirina no tratamento do genótipo 1 da hepatite C crônica.

Gabriela Mosegui, Universidade Federal Fluminense, Cid Manso de Mello Vianna, Frances Valéria Costa e Silva, Marcus Paulo da Silva Rodrigues, Antônio Augusto de Freitas Peregrino y Renata de Mello Perez, Brasil. gabrielamosegui@uol.com.br

Resumo

Objetivo: Este estudo objetivou empreender uma revisão sistemática e uma avaliação do custo-efetividade do tratamento da hepatite C crônica pelo genótipo 1 do vírus da hepatite C comparando duas estratégias medicamentosas: 1) alfapecuinterferon-2a em terapia combinada com a ribavirina; 2) alfapecuinterferon-2b em terapia combinada com ribavirina.

Descrição do problema: A infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) representa um importante problema de saúde pública, em virtude do aumento de sua incidência, da alta frequência de evolução para as formas crônicas da doença e do seu impacto econômico para a sociedade. Como alternativas farmacoterapêuticas para o tratamento da hepatite C, foram desenvolvidas recentemente os interferons alfa-peguilados (PEG-INF), 2a e 2b, com objetivo de melhorar a eficácia do tratamento, minimizando os efeitos secundários, com possíveis ganhos na aderência ao tratamento e reduzindo a taxa de eliminação corporal do medicamento. Estes medicamentos podem ser usados tanto em monoterapia quanto combinados com ribavirina. No Brasil, o tratamento da hepatite C é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e está baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C, definido pelo Ministério da Saúde, onde a utilização do PEG-INF é indicada apenas para portadores do genótipo 1 do vírus da hepatite C.

Métodos: A revisão sistemática tomou como base a busca nas bases de referências bibliográficas MEDLINE, LILACS, SCIELO e Biblioteca Virtual de Saúde, assim como os registros da Colaboração Cochrane e de agências internacionais de avaliação tecnológica pertencentes INAHTA. Para estimativa do custo efetividade foi sendo construído um modelo de decisão, na perspectiva do SUS, em um modelo extensivo de Markov da História Natural da evolução da Hepatite C.

Resultados e discussão: O Alfapecuinterferon 2a apresenta uma melhor eficiência, com uma redução de 19% nos gastos vis à vis o uso do Alfapecuinterferon 2b. Como não foram encontradas diferenças significativas entre a efetividade dos dois Alfapecuinterferons, essa conclusão se deve exclusivamente ao preço do medicamento incorporado no modelo. Isto significa que a decisão entre um ou outro medicamento depende do preço que está sendo praticado. A análise de sensibilidade mostrou que a utilização do preço de um na outra estratégia terapêutica implica na mudança das conclusões alcançadas.

13.- Práticas e possibilidades em educação ambiental e educação popular em saúde: um diálogo necessário.

Sérgio Botton Barcellos, CPDA/UFRRJ y Fernanda Carlise Mattioni, Brasil. sergiobbarcellos@hotmail.com

Resumo

14.- Gestion des flux de patients dans les unités de soins: conception et methodes pour l'elaboration de tableaux de bords automatisés.

Frédérique Quidu, EHESP y Jean-Pierre Escaffre, France. Frederique.Quidu@ehesp.fr

Résumé

Agir efficacement (accomplir une mission) tout en utilisant au mieux les moyens à disposition (efficacité) constitue le principe général de la conduite de toute organisation. Ce principe est à appliquer à toutes les étapes de la prise en charge hospitalière : sortie du domicile, soins ambulatoires, urgence, Unités de Soins de tout type... Il convient donc de concevoir des tableaux de bord qui reflètent les évolutions de chaque étape clé de la prise en charge, et ce le plus simplement possible, et à des rythmes adéquats. Cela devrait se traduire par des tableaux imbriqués décrivant les raisons de l'hospitalisation dans telle unité, par l'analyse des filières, des

entrées aléatoires et programmables, des durées de séjours, des états des patients, et des conséquences sur les charges de travail et leurs répartitions entre différents personnels, ainsi que les ressentis des journées de travail par les soignants.

Nous proposons de montrer, en langue espagnole, un extrait d'un outil informatisé qui intègre ces tableaux de bord (le PENDISC@N).

Trois séries de tableaux de bords seront détaillés :

1- la recherche de la capacité en lits d'une unité de soins par l'intermédiaire de deux modèles imbriqués : la maîtrise des entrées aléatoires, d'une part, et les modélisations des durées de séjours d'autre part. Ces modèles permettent une gestion prospective par simulations, y compris dans le cas de fusion d'unités.

2- La mesure des états de santé des patients reçus par l'intermédiaire des dépendances soignants-soigné : nos recherches ont montré qu'il était possible de réduire considérablement la collecte d'informations à partir de seulement trois données par patient (moins d'une minute de collecte par patient).

3- La mesure des charges en soins et des ressentis de la journée de travail : celle-ci se fait par un calcul automatique de la variation de la charge en soins directs en fonction des niveaux de dépendance et du personnel présent (par catégorie de compétences) ; sur cette base, et à partir de nos recherches, une cartographie universelle des ressentis a pu être dressée.

Cet outil a été élaboré en coopération par des chercheurs de l'EHESP (ex ENSP), de l'Université de Rennes 1, et des cadres soignants, l'ensemble formant un Club des Utilisateurs chargé de la mise à jour des critères permettant la conduite des Unités de Soins. Il est appliqué régulièrement dans les hôpitaux bretons et dans d'autres régions de France sur la base du volontariat. Les champs d'application de l'outil sont nombreux : valorisation des soins auprès des partenaires non soignants, ciblage des actions sur des activités spécifiques, adaptation du nombre et des qualifications des agents de soins, justification de demandes de création, de transformation, de renouvellement de postes, contribution à la réflexion sur la répartition des rôles, valorisation de la dimension relationnelle des soins, comparaisons entre unités de soins, etc.

15.- Análise da implantação do processo de terceirização no sistema municipal de saúde em Salvador, Bahia, Brasil.

Handerson Silva Santos, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Cristina Maria Meira de Melo, Geovana Raimunda Silva Santana y Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, Brasil.
handerson_bahia@yahoo.com.br

Resumo

O processo de terceirização se firmou mundialmente como uma forma das empresas concentrarem-se em suas atividades precípuas, reduzir custos e aumentar a eficiência na prestação de serviços. A administração pública brasileira adota a terceirização de serviços e da gestão para promover mudanças na sua política administrativa, a partir de 1995, em setores cujas atividades são definidas como não-exclusivas do Estado, a exemplo do setor saúde. Este trabalho integra a pesquisa avaliativa sobre a gestão terceirizada de unidades primárias de saúde no município de Salvador, capital do estado da Bahia, Brasil. O objetivo é analisar o contexto em que se implanta o processo de terceirização no sistema municipal de saúde, destacando suas razões econômicas, políticas e técnicas. Esta implantação inicia-se a partir de 2000, através da contratação de mão-de-obra para atuar em programas da atenção primária à saúde, além da transferência da gestão e da prestação de serviços em unidades primárias com serviço de pronto atendimento nas 24 horas. Na coleta dos dados utilizou-se de entrevistas com atores envolvidos com o processo de terceirização; de documentos do Conselho Municipal de Saúde e da leitura sistemática de um jornal local de grande circulação para a análise do contexto local. Como método de análise da implantação adotou-se o modelo político, dado que este permite entender as condições das intervenções, reconhecendo que o contexto político e social influencia nos resultados das ações e da avaliação. No plano econômico há convergência entre as três esferas de poder quanto à adoção do modelo econômico neoliberal e, com contradições, assume-se este direcionamento no setor saúde no âmbito municipal. No plano político houve pressão do governo estadual sobre o município, para que este assumisse a gestão das unidades primárias de saúde com pronto-atendimento. A frágil organização política da sociedade local favoreceu o desmonte do Conselho Municipal de Saúde, o que facilitou a implantação da terceirização. Outro impacto que este processo trouxe para a saúde local foi a descontinuidade na prestação de serviços primários de saúde e a evasão dos usuários, que preferem buscar atendimento em um pronto atendimento,

em detrimento de ações e serviços de promoção e prevenção. Observamos que a terceirização do sistema municipal de saúde se contrapõe à Constituição brasileira, dado que reforça o modelo econômico excludente. É necessário discutir e revisar este modelo de gestão, uma vez que o mesmo se contrapõe aos princípios do próprio Sistema Único de Saúde.

16.- La prevención del cáncer de próstata: la voz del visitante.

Cristiane Maria Amorim Costa, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Alessandra Cristina Baptista Gomes, Raquel da Silva Rocha, Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, Elizabeth Rose Costa Martins, Ercilia Maria Guedes y Maria José da Silva, Brasil. cristiane.costa@ig.com.br

Resumo

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte en nuestro país. Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar el conocimiento de los visitantes y acompañantes de los pacientes hospitalizados en urología sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer de próstata. Este fue un estudio descriptivo de las hipótesis cuantitativas. La muestra del estudio fue de 100 encuestados, entre los visitantes y acompañantes de los pacientes hospitalizados en la urología en un hospital universitario en Río de Janeiro, el 34% hombres y el 66% mujeres. El instrumento fue aplicado por los autores del estudio antes de la conferencia sobre la prevención del cáncer de próstata, la actividad integral de extensión del proyecto "Contribuyendo a la prevención del cáncer de próstata". Los resultados mostraron que el 66% de la muestra no sabía cuál sería el cáncer de próstata, y entre los que respondieron, la definición de masa / tumor fue el más citado (14x). Los factores de riesgo para el cáncer de próstata, el 71% lo hizo. Exámenes preventivos del 52% de los temas identificados, el examen rectal digital asociado con el PSA y el 75% identificó el rango de 40 a 45 años para la realización de exámenes preventivos. Com respecto a la frecuencia para realizar chequeos preventivos, el 43% no respondió y el 41% dice que es anual. Podemos ver, pues, que existe la necesidad de establecer estrategias para la educación sanitaria dirigidas a la prevención del cáncer de próstata en la población general.

17.- La política pública brasileña sobre el proceso de transexualizador: la contribución de la enfermera.

Maria Jose da Silva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, Elizabeth Rose Costa Martins, Cristiane Maria Amorim Costa, Araci Carmem Clos, Ercilia Maria Guedes y Eliel de Oliveira Larrubia, Brasil. zeze.uerj@terra.com.br

Resumo

El Hospital Universitario Pedro Ernesto Hospital, a partir de 2008, cuando se promulgó la Ordenanza que trata del proceso Transexualizador, se convirtió en una referencia para la realización de la cirugía de adecuación sexual para los transexuales. Este estudio tuvo por objeto describir las acciones de la enfermera en el proceso Transexualizador a luz del objetivos de la Orden Ministerial 1707 de 2008, que se ocupa de este proceso. Los resultados muestran que: considerando los objetivos Del proceso Transexualizador, está relacionado con el cuidado de enfermería I - atención integral basado en un estudio de los problemas de salud, empieza el proceso de educación para la salud basado en los cambios de los hábitos nocivos de la salud, además de la orientación del proceso perioperatorio y la preparación para el alta médica. II - la humanización de la atención – La enfermera, siendo responsable por el personal de enfermería, tiene un papel fundamental en el desarrollo de estrategias para sensibilizar al personal de sus responsabilidades a esta población y de las cuestiones éticas involucradas.. Estas acciones son importantes porque garantizan el derecho de los ciudadanos de un servicio humanitario en la red de servicios de salud. III - El fomento, la coordinación y aplicación de proyectos destinados a estudiar el proceso transexualizador - Porque es una demanda incipiente y poco conocida, la investigación sirve como subvención para la construcción de un cuidado de calidad de las acciones del equipo de enfermería y evaluar la atención prestada. IV - la formación de profesionales, el mantenimiento y la educación continuada de los equipos de salud - La educación es un objetivo permanente de la enfermera, ya sea en la formación de su equipo, estudiantes graduados o de posgrado. En la Ordenanza se ocupan Del proceso Transexualizador, la enfermera profesional no que se refiere en el centro de la atención no se menciona en las actividades de los profesionales de atención primaria o secundaria y como también no forma parte del equipo multidisciplinario para vigilar a sus clientes a la definición de la cirugía o no.

Considerações final: La ordenanza en sí trae el progreso para estos clientes, pero mira hacia atrás con respecto a la definición de un equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta o la búsqueda de una asistencia integral.

18.- Promoción de la salud en carnaval: en busca de sexo seguro.

Eliel de Oliveira Larrubia, Universidade Veiga de Almeida, Marcio Tadeu Ribeiro Francisco2, Elizabeth Rose Costa Martins, Cristiane Maria Amorim Costa, Araci Carmem Clos, Ercilia Maria Guedes y Rafaela Nunes Alves, Brasil. eliellarrubia@bol.com.br

Resumo

La alta incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual / SIDA en la demanda de Brasil para las intervenciones preventivas y terapéuticas. El objetivo de este estudio fue el perfil del procedimiento preventivo en relación a las DST / SIDA. Este estudio es el resultado del proyecto "Sólo alegría es contagiosa", celebrado desde 1989 en colaboración con el Programa Nacional de DST / SIDA del Ministerio de Salud - Brasil, UNAIDS la Universidad del Estado de Río de Janeiro, la Universidad Veiga de Almeida, otros representantes gubernamentales y la sociedad civil. Los datos obtenidos de una muestra aleatoria compuesta por 1.035 personas entre los juerguistas, los espectadores y los funcionarios subcontratados del desfile de las escuelas de samba en 2010 en Río de Janeiro, que fueron sometidos a una exploración de estadísticas. Los resultados muestran que, en las relaciones estables, la frecuencia de uso del condón es siempre (40%), a menudo (6,85%), tiempo (12,18%) y nunca (40,68%), las relaciones inestable, la frecuencia de uso del condón es siempre (71,59%), a menudo (5,42%), a veces (6,09%) y nunca (13,81%). Entre las formas de prevención contra el VIH / SIDA en la vida personal se han mencionado: el uso de condones y socio único. Estos resultados indican que el uso del condón es diferente para estable e inestable, y que incluso en las relaciones inestables, la muestra del estudio no protege adecuadamente a ellos, resultó ser necesaria para mantener las campañas de prevención de DST/SIDA.

19.- Usuarios de Siena nacional de salud (SUS): los conocimientos de sus derechos y deberes.

Ersilia Maria Guedes, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Cristiane Maria Amorim Costa, Natalia Machado da Cunha, Rosane Marinho Martins, Marlucci Andrade Conceição Stipp, Marcio Tadeu Ribeiro Francisco y Elizabeth Rose Costa Martins, Brasil. ersilia@terra.com.br

Resumo

Estudio preliminar de la naturaleza cuantitativa, se desarrollaron un hospital de Academical del estado federal de Río de Janeiro. Esta manera que el estudio actual tiene como los objetivos: identificar el conocimientos de los usuarios del sistema de salud, relacionado con sus derechos y deberes, analizar el intervenir es un factor en el conocimiento y las estrategias posibles que ayudan en la extensión de los preceptos de los derechos y los servicios del ciudadano en SUS. El instrumento por la recolección de los datos era un cuestionario aplicado ruidosamente, hasta el momento, a 20 personas. Cuando para los resultados fue observado que 64,29 % eran macho y 35,71 % eran mujeres, Em qué el refieren la asequibilidad al hospital de Academical, 64,29 % hacer Cuando los sujetos relacionaron "La carta de los derechos y el(la/los/las) de los usuarios de SUS" impuestos denominadas con los derechos y los deberes, 92,86 % enviado no de tener conocimientos de un documento. En relación con que el usuário considerar como uno derecho como usuario de salud, 42,86% refer tener derecho a el trato indicado y em lo correcto tiempo a solucionar su problema de salud, 50% de recibir , cuando prescribir el remedio que componer el básico farmacia y 28,57% de tener derecho libre a el remedio, en el caso de alto valor, 21,43% el atendimento humanizar y 14,29% derecho de participar en el consejo y congreso de salud. En el lo que él refieren a los deberes, 64,29 % refirieron el deber sobre su trato su y recuperación, 71,43% in representar la información relacionada a los indicadores de la salud, a 57,14% de asumir la responsabilidad en las cajas de la negativa a procedimientos o a tratamientos recomendados y a 64,29 % de tener comportamiento respetuoso y cordial con the other usuarios de la salud. En este contexto, podemos separar la gran importancia de la población en la calidad del sistema de la salud, porque son ellos los usuarios de este sistema. En la compensación, vemos que ése sea pocos loss derechos reconocido por los usuarios. Por lo tanto, es hecho necesario el estímulo de

innovaciones en el popularization de los derechos y los deberes, doblar accesible de los usuarios los todos de los conocimientos con respecto a el sistema único de la salud.

20.- Estrategias Multidisciplinarias para Estudios de Recursos Humanos en Enfermería.

Allison Squires, New York University – College of Nursing, USA. aps6@nyu.edu

Resumen

La escasez global de recursos humanos en la enfermería es un tema de gran interés en el sector público y privado. Resultados de investigaciones sobre el efecto de los recursos humanos en la enfermería (RHE), los cuales han capturado los efectos del papel de la enfermera en resultados con pacientes hospitalizados y en comunidades han promovido este interés, aumentó este interés en recientes años pero la capacidad para hacer esos tipos de investigaciones enfocadas en la enfermería existe en muy pocos países. Por lo tanto, administradores de servicios de salud, políticos, gente de negocios, y las mismas enfermeras buscan respuestas a las preguntas comunes que están enfrentando todos los países en el mundo: Como podemos preparar, apoyar, y pagar por el número y tipo de enfermeras que necesitan nuestros países?

El proposito de esta presentación será presentar un repaso integrativo de la literatura en investigación de recursos humanos en la enfermería, como un informe del estado de la ciencia. Empezará con los temas teóricos basados en sociología de las profesiones, estudios organizacionales, estudios de instituciones, y como estas áreas influyen investigaciones en enfermería. Después, seguirá con un repaso de las investigaciones principales en enfermería que han investigado el intercambio entre las características de enfermeras y los resultados con pacientes. En cada área, se explorarán los impactos y problemas con los resultados. Se concluirá con recomendaciones para la política de RHE y como adaptar los métodos a contextos de bajos recursos.

Para hacer el repaso integrativo de este tipo de literatura, la autora utilizo un método de análisis que se llama análisis dirigido de contenido. Este método de investigación es una forma de investigación cualitativa de documentos. Requiere que el analista se concentre en ciertos temas desde el inicio de la investigación. En este caso, la investigadora tomo entre 20 y 30 de las investigaciones en enfermería más influenciales en cada tema. Para hacer el análisis dirigido, utilizo temas de un estudio de nivel nacional sobre la profesionalización de la enfermería para codificar los documentos. Las teorías ilustradas en la presentación influyeron las explicaciones de los resultados.

21.- PPI solidária e democrática: mudanças nos arranjos das redes regionalizadas de saúde no Estado da Bahia.

Mariana Bertol Leal, Estevão Toffoli Rodrigues, Maria Conceição Benigno Magalhães y Silvio Roberto Lopes Medina, Brasil. marianabertolleal@gmail.com

Resumo

O Estado da Bahia, que tem aproximadamente 14 milhões de habitantes distribuídos em 417 municípios, com 28 microrregiões de saúde num território de 564.692,67 km², por muitos anos teve sua programação de recursos financeiros para custeio de ações e serviços desatualizada visto a dinâmica de surgimento de novos serviços e fluxos. A lógica centralizadora do Estado fragilizou o processo de implantação do SUS e dificultou a descentralização, pouco representando em avanços na distribuição de recursos para os municípios. Nesse contexto, a proposta da nova PPI (Programação Pactuada Integrada) que foi construída com o conjunto de gestores municipais priorizou o fortalecimento dos pólos regionais, visando a resolutividade e a garantia do acesso para os usuários ao conjunto de serviços de saúde, buscando inverter a lógica de um sistema fortemente centrado na oferta assistencial da região metropolitana para a concreta conformação de redes regionalizadas de saúde. O objetivo da PPI é avançar no processo de regionalização do sistema de saúde através da construção da programação assistencial de média e alta complexidade considerando a afirmação de fluxos regulatórios através da conformação de linhas de cuidado e da potencialização da organização das redes nas diversas regiões. Essa construção concretizou-se através de uma comissão composta por representantes das secretarias municipais e da secretaria estadual de saúde que acumularam um conjunto de pactuações norteadas o

proceso de programación en diversas rodadas regionales de negociación, definiendo los recursos, las responsabilidades y los polos de referencia. Las pactuaciones desarrollaronse en tres grandes ejes: ambulatorial, hospitalar y reserva técnica (conjunto de incentivos y recursos para conformación de las redes estratégicas y de alta complejidad, además de inducción de políticas específicas). El proceso tuvo apoyo tecnológico del SisPPI (Sistema para PPI), un software desarrollado por el Ministerio de Salud que fue readecuado a las necesidades de Bahía, sirviendo de matriz para organización de la programación, y que facilitó la definición de las áreas estratégicas, los parámetros asistenciales y la vinculación del proceso de planeamiento en salud con el ejercicio de la asignación de recursos, considerando las directrices de la regionalización. Ya son resultados la reducción de los recursos asignados exclusivamente por la producción asistencial y ampliación de los recursos destinados a la inducción de políticas de reestructuración de los servicios por medio del cumplimiento de metas definidas y pactadas en un proceso de contractualización que define el perfil asistencial y el papel de cada unidad de la red. A través de la nueva programación, los techos financieros de los municipios y del estado fueron redefinidos. Esta construcción se desarrolló en un periodo de aproximadamente 18 meses, con la realización de más de 60 talleres regionales y cerca de 50 reuniones de la comisión gestora estadual. Fue una construcción solidaria y democrática, asignando recursos para potencializar los servicios resolutivos de referencia regional a través de un proceso de contractualización que establece condiciones para el funcionamiento de los complejos regulatorios y la efectiva implementación de líneas de cuidado y de la integralidad de la atención.

Sesión Mesa trabajo 1

12:30 – 14:00

Casos nacionales de reformas a la salud: hacia la universalización, la equidad y la participación

Presidente: Carolina Tetelboin, Universidad Autónoma Metropolitana, México

Ponentes:

Amelia Cohn, Universidade Católica de Santos, Brasil

Carlo De Pietro, Università Bocconi, Italia

Mario Hernández, Universidad Nacional, Colombia

Políticas de salud en México: ¿derechos, universalidad, equidad e integralidad?

Olivia López Arellano, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

oli@correo.xoc.uam.mx

En México, los proyectos públicos para el desarrollo sanitario se enfrentan a la paradoja de mayores necesidades sociales, pocos recursos e infraestructura en salud, menor apoyo, menor voluntad política, además de una idolatría gubernamental por las “soluciones” de mercado, eficientistas y racionalizadoras del gasto social. En este contexto, el derecho a la salud es minimizado y el derecho a su protección, transformado en “derecho” a consumir servicios de salud a través del acceso (prepagado) a paquetes básicos o a la compra de atención en los mercados de la salud. La universalidad se sacrifica bajo argumentos eficientistas sobre el uso del gasto público que debe orientarse hacia la población pobre, focalizando la acción estatal y simplificando la prestación de los servicios, en donde esta población contrata (voluntariamente) un paquete de intervenciones médicas. En esta dinámica, se menosprecian las aproximaciones complejas a los procesos de salud/enfermedad/atención; los abordajes integrales que reconocen y tienen como punto de partida los determinantes sociales en la producción de enfermedad y muerte; así como, los modelos de organización de servicios cuyo interés esencial es garantizar el derecho a la salud.

SESION 1

15:00 – 16:30

La salud de los adultos mayores

Análisis, retos y perspectiva del modelo integrado de atención a la salud del adulto en México.

Galileo Pérez-Hernández, Servicios de Salud del Estado de Oaxaca, México.
galileo_adagio@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Describir y analizar la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) en México.

Contexto: México enfrenta una compleja agenda en salud pública para el adulto, en primer lugar el envejecimiento de la población con sus padecimientos asociados y los consecuentes desafíos para el sistema de salud que su atención implica, altas tasas de prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, como el cáncer, obesidad, las cardiopatías y diabetes en la población en edad productiva. Por otra parte, enfermedades asociadas a padecimientos infecciosos que no han podido ser abatidos como causas de morbilidad, además, una gama de cuadros emergentes como la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, finalmente, se suman cada vez más las complejas problemáticas relacionadas con salud mental, adicciones, accidentes y violencia que en poco tiempo han tomado un papel desafiante en el perfil epidemiológico nacional. En otro sentido el sistema de salud desde décadas presentó serias limitaciones en las redes de servicio por lo que en el año 2000 se presenta el MIDAS como respuesta a la compleja problemática, el cual se basa en la adopción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud e incluye como elementos fundamentales para la organización y prestación de los servicios: la coordinación interinstitucional e intersectorial, la atención a la salud familiar, la participación activa de la comunidad y la interrelación de los recursos institucionales y comunitarios. Pretende ser un modelo de atención que separe las funciones de financiamiento y prestación de servicios e integre su operación en sus diferentes niveles, creando redes virtuales de instituciones y unidades de salud además de incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel y el acceso a niveles más complejos del sistema y articular el cuidado profesional con el autocuidado, reconociendo nuevos espacios físicos para la atención de la salud, como el hogar, favoreciendo la participación ciudadana, comunitaria y de las autoridades locales en los procesos de toma de decisiones.

Métodos: Revisión del Programa Nacional de Salud 2000-2006 y 2006-2012 así como de reportes de la Secretaría de Salud y trabajos de análisis universitario del sistema de salud.

Resultados: A ocho años de inicio de actividades del modelo se contrastan las metas planteadas por el gobierno federal al inicio del proyecto con la situación actual caracterizada por reportes de las propias redes de servicios de salud y la iniciativa privada y la opinión pública.

Temas a discutir a lo largo de la sesión de la presentación: Redes de Atención de enfermedad crónica, salud mental y VIH. Atención integrada del adulto. Atención Primaria.

La producción social de la salud en un mundo envejecido.

Isabel Blanco, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, Alberto Edgardo Barbieri y María Daniela Barbieri, Argentina. isablanca3@aol.com; iblanco@econ.uba.ar

Resumen

Objetivo: El presente trabajo se propone determinar las variables de un modelo de salud conducente hacia una longevidad saludable y sustentable en las poblaciones contemporáneas. Se atenderá a los determinantes del sector sanitario, y a la correlación social entre niveles de equidad, "capital social" y esperanza de vida.

Contexto y descripción del problema: El envejecimiento de la población, resultante de una menor mortalidad, disminución de la fertilidad y aumento de la esperanza de vida, plantea un desafío a la gestión de salud, la asignación de recursos, los aspectos políticos, epidemiológicos y de eficiencia de los sistemas sociosanitarios, y a la viabilidad de los planes de retiro, así como a la integración de los adultos mayores al devenir social.

Los cambios en el perfil epidemiológico, derivados de la preponderancia de ciertos factores de riesgo, limitación en la accesibilidad, y disparidad en el nivel de ingresos, complementan el panorama de dificultades originadas por la explosión demográfica.

Asistimos a un fenómeno complejo, con dimensiones históricas, culturales, sociales, y económicas. Esta complejidad ha planteado hasta el presente una dificultad teórica para correlacionar las distintas dimensiones, y enmarcarlas en los principios de la bioética, para

elaborar un proyecto social. Son cuestiones arraigadas en la problemática antropológica del ser humano, que afectan la responsabilidad existencial.

Los modelos de salud vigentes, con diferencias respecto de cobertura, servicios y financiación, no superan un esquema limitado de protección socio-sanitaria enfocado sólo al el tramo de la vida que esta al final del camino. Están sustentados en el abordaje histórico que las políticas sociales le han dado a la salud, encuadrados en la hipótesis “curar enfermos equivale a lograr una población sana”.

Teorías, métodos, modelos. El estudio tendrá carácter cualitativo apoyado en fuentes primarias (entrevistas en profundidad), y secundarias. El encuadre conceptual tendrá tres ejes: Bioética en Atención de la Salud, Envejecimiento Diferencial, y Sistemas de Atención Progresiva. Sobre ellos se apoyará el posterior análisis del Modelo de Salud propuesto.

Resultados y discusión sobre lo expuesto. Se expondrán las pautas de un Modelo de Salud orientado hacia una ecología de la longevidad, que cambie el paradigma de “cuidar la vejez” por el de “cuidar la vida” forjado sobre las bases de un modelo abarcativo de producción social de la salud, que redunde en beneficio de todos los grupos etáreos.

Identificación de tipos del maltrato del adulto mayor en el contexto de atención a la salud.

M. Guadalupe Ruelas González, Instituto Nacional de Salud Pública, Blanca Pelcastre, Teresa Velasco, Lilia Medina y Marcela Sánchez Estrada, México. gruelas@insp.mx

Resumen

Objetivo: Caracterizar el tipo de maltrato hacia el adulto mayor dentro del contexto de atención en salud, en los servicios de 1er. y 2do. niveles de atención de Monterrey, Oaxaca y Cuernavaca, México.

Analizar el maltrato en el adulto mayor en el entorno del proceso de atención a la salud es fundamental por el incremento en la violencia y los altos costos que implica la para los servicios de salud, el envejecimiento poblacional y la mayor demanda de atención en salud, el desconocimiento de este problema, así como las repercusiones que implica en el propio individuo y la sociedad.

Material y métodos. En el año 2009, se realizaron 104 entrevistas semiestructuradas a prestadores de servicios de salud, adultos mayores y familiares en áreas de urgencias, consulta externa y hospitalización. El análisis se basó en los procedimientos propuestos por la teoría fundamentada y utilizó el Atlas.ti 5.2.

Resultados. El principal problema referido por: Áreas de urgencias y hospitalización, el abandono de ancianos por familiares, recrudesciéndose en días festivos. Consulta externa, la negligencia familiar para cumplir las indicaciones prescritas por el médico y desperdicio de recursos. Familiares, la calidad del servicio y los tiempos de espera. Adulto mayor, el psicológico/emocional, la invisibilidad de que es objeto ante la premura de atención o que el interrogatorio sobre su salud se realice al acompañante, así como la falta de instalaciones adecuadas para uso de ancianos.

Conclusiones. El cambio en los perfiles de apoyo social asociado con cambios en la estructura y composición familiar, así como en el perfil epidemiológico y mayor demanda de servicios de salud, entre otros factores, colocan al adulto mayor en una condición de vulnerabilidad haciendo proclives a diversos tipos de maltrato por diferentes instancias cuando requieren atención en salud. Es necesario hacer conciencia de este fenómeno y buscar alternativas que eviten la violación de los Derechos del Adulto Mayor.

SESION 2

15:00 – 16:30

Costos de la atención médica

Coût médical attribué à l'excès de poids corporel chez les adultes mexicain en 2006.

Ignacio Osuna Ramírez, Unité de Recherches en santé publique « Louis Pasteur », Sylvia Páz Díaz Camacho, Jean-Paul Auray y Jorge Salmerón Castro, México y Francia. nachoor@uas.uasnet.mx; ior6510@hotmail.com

Resumen

Costos de la diabetes en México: implicaciones para el sistema de salud, los pacientes y la sociedad.

Armando Arredondo, Instituto Nacional de Salud Pública, A. Zúñiga Weiss, A. Recamán Mejía y E. De Icaza del Río, México. aarredon@insp.mx

Resumen

Se presentan resultados sobre la valoración económica, clínica, epidemiológica y organizacional para el manejo de la diabetes. Énfasis especial se hace en las implicaciones de esta valoración para diferentes ámbitos, espacios y actores sociales involucrados en el problema de la diabetes como un problema prioritario del Sistema de Salud en México.

Objetivo: Determinar el impacto económico de la diabetes en México y sus implicaciones en diferentes ámbitos del sistema de salud.

Metodología: Como parte de los procedimientos metodológicos, siguiendo los criterios de Kessner y la técnica de costeo por instrumentación, se definieron las funciones de producción, así como los insumos y costos unitarios requeridos para satisfacer la demanda de servicios médicos para el manejo de la diabetes en las principales instituciones de salud en México. Para la estimación de cambios epidemiológicos se desarrollaron diferentes modelos probabilísticos bajo la técnica de Box-Jenkins para el período 2004-2006. La población de estudio, incluyó a las principales instituciones del sector público y privado del sistema de salud en México. Los requerimientos financieros se obtuvieron a partir de los costos de manejo de caso, los casos esperados por enfermedad y la aplicación de un factor de ajuste econométrico para controlar efectos del proceso inflacionario en los períodos de proyección y para el año de corte que fue 2005.

Resultados: Las principales evidencias indican que a partir del costo de manejo de casos hospitalarios y ambulatorios para cada enfermedad de estudio es posible identificar el peso relativo, tanto de las distintas funciones de producción, como de los diferentes tipos de insumos. Dependiendo de las frecuencias relativas, tanto insumos como funciones de producción se clasifican en alto, medio y bajo impacto sobre el costo total de manejo de caso.

Conclusiones: Las consecuencias financieras del cambio epidemiológico de la diabetes representan una alta carga económica para el sistema de salud, los pacientes y la sociedad en su conjunto. Los hallazgos sugieren que si los factores de riesgo y los diferentes modelos de atención permanecieran como están actualmente en las instituciones de análisis, las consecuencias financieras serían de mayor impacto para el bolsillo de los usuarios, siguiendo en orden de importancia, el IMSS, la SSA y finalmente el ISSSTE. Los requerimientos financieros para la diabetes representarán aproximadamente el 6% del presupuesto total asignado para población no asegurada y el 9.5% para población asegurada. A partir de la información generada se sugiere replantear los procesos de planeación, organización y asignación de recursos, en función de demandas de servicios hospitalarios y ambulatorios para diabetes, particularmente en el sector público.

Sistema de custeamento para gestão de custos na área de saúde – Caso da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro.

Geraldo de Abreu Junior, Controladoria Geral do Município, Cláudia Lima Félix, Clayton Silva y Lino Martins da Silva, Brasil. gdeabreu.cgm@pcrj.rj.gov.br

Resumo

Costos hospitalarios directos atribuidos a intoxicaciones por plaguicidas en Yucatán.

Jorge Alvarado-Mejía, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, Rosa L. González-Navarrete y Mariana Sánchez, México. jorge.alvatros@gmail.com

Resumen

SESION 3

15:00 – 16:30

Diversas aproximaciones a los Determinantes Sociales de la Salud

Una aproximación a las desigualdades sociales y la salud en Cataluña.

Roser Pérez, ACDSB Barcelona, España. rosperg@hotmail.com

Resumen

Este trabajo parte de reconocer la importancia de la estructura social en las desigualdades en salud. La reconstrucción de la estructura de desigualdades en salud por clase social, permite articular conocimientos epidemiológicos y sociológicos, en tanto las posiciones sociales de clase presentan características comunes. Se trata de agregados que identifican el consumo y las actividades de las personas en su interrelación grupal, así como los determinantes que modelan los procesos de salud y generan situaciones destructivas o favorecedoras. En el trabajo se analizan dos encuestas: Encuesta Metropolitana de Barcelona (1990) y la Encuesta Panel de la Fundación Bofill (2000). Se reconstruyen la estructura social a partir de una clasificación tipo que permite agrupar categorías ocupacionales, que configuran las tipologías de clase trabajadora y clase media, a su vez dividida en grupos que consideran la propiedad de los medios de producción y las relaciones que se derivan de ella. Los indicadores de salud se reconstruyen a partir de encuestas de salud realizadas en 1994 y 2002.

La relación entre las condiciones de vida, que muestran las tipologías de clase, con los resultados de salud, permite una mayor comprensión sobre los cambios y la persistencia de ciertas enfermedades y su distribución desigual. Entre los resultados destacan la reducción porcentual de algunas patologías; la permanencia de las desigualdades de clase, con un acercamiento de los indicadores de daño, entre la clase trabajadora y la clase media propietaria por el aumento de los problemas de salud de esta última.

El análisis de resultados al considerar los modos de vida relacionados con la posición de clase, permite comprender el por qué se presentan más problemas cardiovasculares en las personas de la clase media propietaria, o explicar la mejora parcial de los indicadores de salud de la clase trabajadora y la persistencia en este grupo de problemas relacionados con la alimentación y la salud mental. Se considera que este tipo de información – junto con la incorporación de otros ejes de desigualdad como el género, la edad, el origen geográfico y el territorio - es indispensable para la planificación sanitaria que pretenda reducir igualmente los problemas de salud.

Jefaturas de hogar femeninas y crecimiento de escolares. Tláhuac, Distrito Federal.

Florencia Peña Saint-Martín, Escuela Nacional de Antropología e Historia y Sergio López Alonso, México. doniaflor@yahoo.com

Resumen

El presente trabajo se inscribe dentro de la investigación del papel de la familia como instancia mediadora entre los fenómenos vitales humanos y los determinantes sociales. Para ello, se analizan la estatura para la edad y el peso para la edad, con el propósito de valorar las condiciones en que tuvo lugar el desarrollo de 110 escolares (68 niñas y 42 niños), que asistían a primarias públicas de la delegación Tláhuac, una de las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal y que vivían en hogares encabezados por mujeres. Los escolares disfrutaban de una beca lograda por su buen desempeño, aunque eso los catalogaba como “pobres”. De la muestra de 410 niños y niñas estudiados, los que presentaron problemas de crecimiento se asociaban a jefaturas femeninas, siendo prácticamente el doble que el promedio nacional. La valoración del crecimiento se hizo con los estándares del *National Center for Health Statistics* de los Estados Unidos. Los datos de los becarios del programa en Tláhuac parecen apuntar hacia una feminización de la pobreza, a expresar la vulnerabilidad estructural de las mujeres que sostienen solas su hogar y apuntan a la reproducción intergeneracional de esta vulnerabilidad, pues es posible documentar su impacto negativo en el bienestar físico de sus hijos medido a través de parámetros de crecimiento.

Determinación social de la satisfacción de las necesidades colectivas de alimentación-nutrición: reflexiones y evidencias.

José Alberto Rivera Márquez, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y Ixshel Delgado Campos, México. arivera@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Las condiciones de salud y nutrición de amplios sectores de la población mexicana han sido afectadas negativamente como consecuencia de las crisis económicas, políticas y sociales de los últimos treinta años, así como de los procesos de ajuste económico de corte neoliberal que el gobierno, en total acuerdo y bajo la asesoría de organismos financieros tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, ha puesto en marcha insistiendo que ése es el mejor camino hacia la modernización e inserción del país en el ámbito de la competitividad en los mercados internacionales. Cifras oficiales recientes señalan, sin embargo, un incremento acelerado de la pobreza y las desigualdades sociales. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006, reporta, por ejemplo, talla baja en 13 de cada 100 preescolares a nivel nacional. En tanto, las áreas rurales de la región sur del país registran prevalencias de bajo peso de poco más de 25 por ciento. En la Ciudad de México y su zona metropolitana, por otra parte, el sobrepeso y la obesidad afectan a 7 de cada 10 adultos y alrededor de un tercio de los niños en edad escolar. Las prevalencias obesidad crecen con mayor fuerza entre las poblaciones de escasos recursos y es en estos mismos sectores de la sociedad donde la desnutrición y los síndromes carenciales tienen una presencia aún importante y continúan cobrando un gran número de víctimas. Casi una tercera parte de las defunciones ocurridas en los 100 municipios con mayor marginación en el país se deben a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción. Las casi tres décadas de neoliberalismo, han impactado negativamente sobre los determinantes sociales de la salud, impidiendo el logro de la equidad y lesionando progresivamente el tejido social. Estos procesos, obligan a centrar la atención en los aspectos estructurales de la economía mexicana y plantean nuevos retos para pensar las políticas sociales desde las causas de la desigualdad en las formas de producción, consumo y distribución de la riqueza y no en la administración focalizada de la pobreza que excluye, discrimina y deteriora la cohesión social de los grupos "atendidos". Se requiere pensar la salud, la nutrición y la alimentación como derechos sociales, reconociendo que su garantía es esencialmente política y se basa en la satisfacción de necesidades.

Publicidad y consumo de alimentos de bajo valor nutritivo y alta densidad energética en estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México.

Maribel Orozco López, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y José Alberto Rivera Márquez, México. yuriria82@prodigy.net.mx

Resumen

El reciente debate sobre el aumento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en México obliga a reflexionar en torno a las responsabilidades del Estado y de la industria alimentaria en la adopción de patrones de consumo inadecuados por parte de la población mexicana. Existen controversias sobre las relaciones entre publicidad y consumo de alimentos de alta densidad energética y bajo valor nutricional. Por una parte, la industria alimentaria sostiene que los anuncios en televisión no fomentan el consumo de estos alimentos y, por tanto, no es responsable del aumento del sobrepeso y la obesidad. Por otra parte, algunos estudios sugieren que la publicidad influye de manera negativa en los hábitos de consumo alimentario ya desde los dos años de edad. Datos de una investigación en curso con estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México muestran que 90% de los estudiantes ven televisión un promedio de 3 horas diarias (± 1.5 horas/día). De éstos, 85% consume alimentos frente al televisor, particularmente frituras, galletas y refrescos. Este grupo de jóvenes prefiere, en su mayoría, comerciales en donde sujetos de edades similares a las de ellos son héroes populares y atractivos. El sonido y los colores también son importantes para esta población estudiantil. Del total de anuncios por día en la televisión, 35% corresponden a alimentos, cifra que aumenta a 50% cuando la barra de programación está dirigida a adolescentes. Aunque no se trata de resultados conclusivos, se observan preferencias de los adolescentes por alimentos de alta densidad energética y bajo valor nutricional, cuya publicidad en televisión, así como en otros medios, supone grandes cantidades de recursos económicos y estrategias de mercado, pero también la complicidad de las empresas de medios y una débil

presencia del Estado mexicano para hacer valer la ley. En la discusión sobre publicidad y adopción de patrones de consumo alimentario asociados con sobrepeso y obesidad es urgente, además, mirar más allá de la responsabilidad individual que significa asumir el problema como un asunto de estilos de vida riesgosos o no saludables. El sobrepeso y la obesidad en etapas tempranas de la vida son, ante todo, problemas sociales y sus causas estructurales deben ser rastreadas en los intereses económicos de la industria alimentaria y en la falta de voluntad de los actores políticos.

Procesos de producción y consumo, como determinantes sociales de la salud de Unidades domésticas campesinas. Bolivia.

Fabiana Michel, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Oliva López Arellano, México.
paolitam_35@yahoo.es

Resumen

El desarrollo histórico de Bolivia, configura una economía en donde las unidades domésticas campesinas (UDC) excluidas, implementan estrategias para garantizar su reproducción social. Una de ellas es la migración temporal a la zafra azucarera del Triángulo de Bermejo (sur del país). Los procesos de producción y consumo de estas UDC's, aceleran su desgaste y vulneran sus condiciones de salud, mientras que los servicios locales atienden enfermedades, desde un enfoque reduccionista que identifica y pretende eliminar riesgos aislados y atiende puntualmente los daños, sin considerar los determinantes sociales.

El objetivo de este trabajo fue aproximarse a los procesos de producción y consumo como determinantes sociales de la salud/enfermedad de los zafreros migrantes, a través de un abordaje cuali-cuantitativo, reconstruyendo las formas de vida y trabajo de las UDC's, los principales problemas de salud y sus formas de atención (en los campamentos zafreros y en los lugares de origen). La información se recolectó mediante diversas técnicas y el procesamiento y análisis de los datos cuantitativos se realizó con SPSS. Los resultados indican que durante la zafra, las UDC's son asalariadas, con trabajo a destajo y jornada laboral extensa e intensiva, con instrumentos rudimentarios y exigencias ergonómicas severas. La división del trabajo subordina e invisibiliza a las mujeres, niños y adolescentes. En los campamentos predomina vivienda de mala calidad, hacinamiento, ausencia de servicios básicos y presencia de contaminantes. La vivienda es mejor en comunidades de origen. El 53% de las UDC's considera que su alimentación es más sana y variada y la disponibilidad del tiempo libre es mayor en las comunidades de origen. En los campamentos el alargamiento de la jornada laboral impide el descanso, el tiempo libre se destina al abasto e higiene personal. La disponibilidad de servicios de salud es mayor en los campamentos, pero el acceso está limitado por la organización de la jornada laboral y de los servicios. El 17% de las UDC's, no asistió a un servicio de salud el último año, debido a falta de tiempo y distancia. El 64% de las UDCs utilizó medicinas alternativas. La percepción entre condiciones de salud y formas de producción, varía ampliamente: solo 13% considera que el trabajo agrícola doméstico afecta su salud, pero para el 83%, la zafra es causante de enfermedades. Se reconoce un perfil patológico complejo, caracterizado por enfermedades infecciosas y emergentes, elevada prevalencia de lesiones accidentales y padecimientos relacionados con la división y organización del trabajo.

SESION 4

15:00 – 16:30

Problemas relacionados con la Diabetes Mellitus

Evaluación del nivel de vida. El caso de la diabetes mellitas tipo 2 en México.

Carmen Zúñiga Trejo, Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa y Jesús Díaz Pedroza, México

Acceso al diagnóstico y tratamiento de la obesidad en adultos de México.

Luis Ortiz Hernández, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y Diana Pérez Salgado, México. spsalg@correo.xoc.uam.mx; lortiz@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Objetivo: Conocer la frecuencia del acceso al diagnóstico y tratamiento de la obesidad entre los adultos mexicanos y evaluar los factores sociodemográficos relacionados con dicho acceso.

Contexto y descripción del problema: En México, el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública. Existen pocos datos a nivel mundial sobre el acceso al diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Es posible que en países de ingreso medio y bajo pocas personas tengan acceso al diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad. En especial, importa conocer si existen disparidades socioeconómicas en el acceso a diagnóstico y tratamiento para estas patologías ya que se ha documentado que las personas de baja posición socioeconómica presentan tasas más altas de enfermedades crónicas.

Material y métodos: Se analizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENSANUT 2006) cuyo diseño muestral fue probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) utilizando las mediciones antropométricas de peso y talla. Para conocer la frecuencia del acceso al diagnóstico y tratamiento de la obesidad se analizaron las siguientes preguntas: ¿Alguna vez le ha dicho un médico/dietista/nutriólogo que tiene o tuvo obesidad? y ¿Siguió algún tratamiento para controlar su peso? El análisis fue estratificado por sexo, grupos de edad, gasto del hogar por integrante, escolaridad (éstos dos últimos como variables proxy de la posición socioeconómica), tamaño de la localidad y percepción del peso corporal. En el análisis estadístico se consideró el diseño complejo de la ENSANUT.

Resultados: Entre las personas con sobrepeso y obesidad (IMC>25.0), la frecuencia de diagnóstico de obesidad, a nivel nacional, fue de 9.4% y de haber seguido algún tratamiento para controlar el peso corporal fue de 3.6%. Quienes tuvieron mayor probabilidad de haber recibido diagnóstico y haber seguido un tratamiento fueron las mujeres y los grupos de mayor edad, los que residían en hogares con mayor gasto y tenían mayor escolaridad, así como quienes habitaban en zonas de mayor número de habitantes. Quienes tuvieron menor probabilidad fueron las personas que tenían una percepción imprecisa de su peso corporal.

Conclusiones: En México existe una urgente necesidad de incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, particularmente en los grupos de baja posición socioeconómica.

Pour un meilleur suivi des maladies chronique: le cas du diabète lié à la fibrose kystique.

Lise Lamothe, IRSPUM, Université de Montréal, Chantal Sylvain, Yves Berthiaume y Rémi Rabasa-Lhoret, Québec. lise.lamothe@montreal.ca

Résumé

Le diabète lié à la fibrose kystique (DLFK) est une complication fréquente de la fibrose kystique. Comme son apparition est généralement insidieuse, il est recommandé de procéder à son dépistage systématique en clinique afin d'amorcer une prise en charge dans les meilleurs délais. Les données actuelles suggèrent que sa mise en œuvre en clinique ne serait pas optimale.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette difficulté. Les perceptions des professionnels et des patients au sujet du DLFK forment un premier groupe. Comme différents professionnels de la santé (médecins, infirmières, nutritionnistes) sont impliqués, des facteurs associés aux relations interprofessionnelles constituent également une source d'influence. Finalement, des facteurs du contexte organisationnel se manifestent. Ces groupes de facteurs et leur influence combinée demeurent largement inexplorés dans ce contexte. Or, ils sont généralement connus pour générer des défis d'intégration considérables dans la prise en charge coordonnée de patients avec un problème de santé chronique comme le DLFK

Notre communication fait état des résultats d'une étude débutée en 2009. Son objectif est d'identifier les facteurs qui facilitent ou font obstacle à la mise en œuvre du dépistage et du traitement initial du DLFK. Une étude de cas multiple (5 cliniques) est en cours. Les résultats présentés sont préliminaires et ne portent que sur l'une des cliniques, soit la plus importante en volume de patients traités. La cueillette de données s'appuie sur des entrevues individuelles avec les patients (n=16) et les professionnels (n=12), des observations, l'analyse de documents. Trois niveaux d'analyse sont considérés: les relations patient-professionnel, les relations interprofessionnelles et le contexte organisationnel.

Nos observations révèlent des différences considérables entre les groupes (patients et professionnels rattachés aux cliniques de fibrose kystique et de diabète) dans la façon de définir le

problema de salud y de identificar las necesidades que se derivan. Las incertidumbres identificadas para el diagnóstico y el tratamiento inicial de la DM2 tienen repercusiones en la experiencia de los pacientes y pueden constituir obstáculos para poner en práctica estas estrategias. La complejidad del contexto clínico obliga a los profesionales a un proceso de reconstrucción de nuevos órdenes negociados. Así, las diferencias importantes están relacionadas con el enfoque clínico adoptado para cada una de estas enfermedades. La investigación de consensos clínicos está relacionada con la confianza que prevalece entre los diferentes profesionales llamados a cooperar. Las dinámicas que se desarrollan en este proceso permiten identificar los desafíos planteados por la integración de las prácticas clínicas para el seguimiento de los pacientes con más de una enfermedad crónica.

Los grupos de ayuda como estrategia en el control de la diabetes mellitus tipo 2. Una revisión sistemática.

Ricardo R. García Lara, Servicios de Salud de San Luis Potosí y Luz María Tejada Tayabas, México. ricasATP@hotmail.com

Resumen

Introducción: En México, los Grupos de Ayuda se han empleado como una estrategia primordial en la prevención y control de la Diabetes Mellitus tipo 2. Sin embargo, en los últimos 20 años que lleva en operación en el sistema de Salud, no ha logrado mejorar la calidad de vida del paciente diabético debido a la escasa información que se tiene sobre su metodología, operación y los efectos sobre la enfermedad.

El objetivo de este trabajo, es analizar los hallazgos que aporta a la evidencia científica sobre los grupos de ayuda en el control de diabetes mellitus tipo 2. **Método:** Una revisión sistemática de los trabajos originales de 3 idiomas del periodo de 1980 a 2010 en 7 bases de datos usando palabras claves en: MedLINE, PsycINFO, CINAHL, LILACS, SciELO y Google Scholar. La calidad metodológica fue evaluada usando los criterios de Australian National Public Health Partnership y CONSORT. **Resultados:** De 45 artículos, solamente se incluyeron 26 estudios, donde el 73% discutieron sobre los grupos de apoyo, donde 15 son cuantitativos y 4 cualitativos. La validez interna de los trabajos fue regular. Los grupos de ayuda mejoran la calidad de vida del enfermo al incrementar los conocimientos sobre la diabetes y cambios en su conducta, además de disminuir los niveles de HbA1c y los síntomas psicosociales. Asimismo, adquieren las habilidades necesarias para mejorar su adherencia al tratamiento y reducir la asistencia al sector salud. **Conclusión:** Los grupos de ayuda representan una oportunidad al sistema de salud de México para disminuir los costos en la atención de la diabetes y con ello permitirle al enfermo integrarse a su vida cotidiana. Es indispensable profundizar sobre este tema.

SESION 5

15:00 – 16:30

La práctica de enfermería

Estilos de liderazgo y grado de madurez de los seguidores según la percepción de los directivos de enfermería en organizaciones de salud del estado de México.

María Alberta García Jiménez, Departamento de Atención a la Salud/DCBS/UAMX, F.G. Moreno, V.S.E. Correa, S.C.A. Tirado, C.J. López y D.J. Pale, México. ajjimenez@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Introducción: En el marco del programa XIX Verano de Investigación Científica 2009, se realizó el presente estudio, la parte teórica referencial se sustenta en la teoría de Hersey y Blanchard (1988).

Objetivo: Identificar la percepción que tienen los directivos de enfermería sobre sus estilos de liderazgo y grado de madurez de sus seguidores en organizaciones de salud.

Método y Materiales: Tipo de estudio exploratorio, muestra por conveniencia de 38 directivos de organizaciones de salud del estado México.

Resultados: Los estilos de liderazgo el participativo 37%, persuasivo el 23% el directivo 20% y el delegatorio 20%. En relación al grado de madurez, el inactivo 8%, reactivo 23%, pre activo 40% y el interactivo 29%.

Discusión: Se verificaron los cuatro estilos de liderazgo descritos por Hersey y Blanchard y los grados de madurez de los seguidores.

Conclusión: Las perspectivas que este estudio nos concreta la conveniencia de la realización de un estudio más profundo, sobre el estilo ejercido por los líderes de enfermería.

Identification des facteurs sous-jacents à l'intention d'infirmières québécoises d'intégrer des résultats probants de recherche à leurs prises de décisions cliniques.

Françoise Côté, Université Laval, J.Gagnon, P.Houme y M.P.Gagnon, Québec. Francoise.cote@fsi.ulaval.ca

Résumé

Objectif de la recherche : Identifier des facteurs sous-jacents à l'intention d'infirmières québécoises d'intégrer des résultats probants de recherche à leurs prises de décisions cliniques.

Contexte et description du problème: Les soins infirmiers reposant sur une prise de décision clinique informée par les meilleurs résultats scientifiques sont de plus en plus reconnus comme un élément essentiel pour une prestation de grande qualité. Toutefois, ce type de pratique n'est pas encore habituel pour les infirmières et infirmiers. À ce jour, de nombreuses études descriptives ont mis en lumière des facteurs pouvant être associés à une telle situation. Malgré la valeur de cette littérature, notre compréhension en demeure partielle. L'utilisation de cadres théoriques pourrait contribuer à mieux orienter nos connaissances dans ce domaine.

Théories, méthodes, modèles et matériaux utilisés : La Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988) a été utilisée dans le cadre de cette recherche. Un questionnaire auto-administré a été complété par 336 infirmières et infirmiers en milieu hospitalier de la ville de Québec. Des analyses de régression linéaire multiple avec la procédure pas à pas ont été réalisées.

Résultats et discussion: Les résultats indiquent que la norme morale ($r = 0,54$), la perception du contrôle comportemental ($r = 0,22$), la norme subjective indirecte ($r = 0,10$) et l'habitude ($r = 0,05$) sont les variables associées à l'intention des infirmières d'intégrer les résultats de recherche à leurs pratiques. Ces variables contribuent à expliquer 69 % de la variance de l'intention ($p < 0,0001$). Pour favoriser l'utilisation de données probantes dans la pratique des infirmières, la prise en compte de facteurs qui pourraient en expliquer l'adoption peut être un levier pour mettre en place des interventions spécifiques.

Thèmes à discuter au-delà de la session de présentation. L'apport des théories à l'étude de la pratique informée par les résultats scientifiques.

Rétention des infirmières étrangères: proposition d'un modèle théorique adapté.

Marie-Douce Primeau, Université de Montréal, Québec. marie-douce.primeau@umontreal.ca

Résumé

Tout comme une majorité de pays, le Québec est actuellement aux prises avec un déficit de main-d'œuvre de professionnels de la santé, touchant en particulier la profession infirmière. Contrairement aux déficits cycliques de main-d'œuvre des années 1990, la pénurie actuelle prendrait source dans un déséquilibre systémique de l'offre et de la demande (Buchan 2001). D'où l'inefficacité relative à court terme des stratégies misant sur la formation de main-d'œuvre locale et la réorganisation des soins (Janiszewski 2003). Un tel déficit chronique de main-d'œuvre n'est pas sans conséquence. La pénurie d'infirmières a des répercussions négatives non seulement sur l'accès et la qualité des soins prodigués (Buerhaus et al. 2007; Sechrist et al. 2002), mais aussi sur l'environnement de travail et la perception du public face à la profession d'infirmière (Taylor et Brigham 2006). Afin de faire face à la pénurie d'effectifs infirmiers, plusieurs soulignent la nécessité de se pencher vers des solutions alternatives de recrutement; d'où l'intérêt porté aux infirmières étrangères (MSSS 2008, 2003; OIIQ 2004).

Outre son apport direct en main-d'œuvre qualifiée, l'immigration de professionnels de la santé permet au pays d'accueil d'améliorer la qualité de ses soins, favorise le transfert de connaissances (Sarver et Barker 2000, Bauman et al. 2004), tout en permettant de diminuer ses coûts de formation (Brush, Sochalski et al. 2004). Dans cette optique, le MSSS ainsi que l'OIIQ tentent depuis 2004 de faciliter l'accès des infirmières étrangères au système de santé québécois. Or, force est de constater que si les infirmières étrangères intègrent le marché du travail québécois,

elles n'y restent pas à moyen-long terme (ICIS2002/2006). Loin d'être le seul aux prises avec ce problème de rétention, cette situation semble généralisée à l'ensemble des pays d'accueil de professionnels étrangers. D'où l'importance de se pencher sur les facteurs spécifiques à cette catégorie de travailleurs.

Les facteurs de rétention de la main-d'œuvre infirmière, soit l'habileté des organisations à maintenir un travailleur à son emploi, sont des sujets largement étudiés. La limite majeure de ces études est que le facteur transculturel, central dans la réussite des processus de socialisation et de la rétention de la main-d'oeuvre (Brush 1994; Charest 1992), n'est pas pris en compte en ce qui a trait aux infirmières étrangères. D'où l'intérêt de notre modèle théorique, qui adapte les modèles de rétention-satisfaction traditionnels aux conditions particulières des professionnels de la santé en transculturel, et pourrait potentiellement guider la mise en place de stratégies de rétention adressant ces facteurs spécifiques.

Evaluación participativa de la práctica de la gestión de enfermería de un hospital público en México, cambiando el rol a facilitadores : la voz y experiencia de las y los participantes.

Claudia Ethel Cedillo Esparza, Hospital civil de Guadalajara, Ma.de Jesús Cajero, Martín Morales y Adriana Urbina Aguilar, México.

Resumen

SESION 6

15:00 – 16:30

Tecnología en salud I

Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica para el desarrollo del Programa de Educación a Distancia en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Norma Magdalena Palacios Jiménez, Instituto Mexicano del Seguro Social y Rocío Galdúroz-Galdúroz, México

Resumen

Effets d'une formation hybride incluant des modules virtuels sur la capacité à l'auto-apprentissage, la satisfaction et l'acquisition de connaissances.

Johanne Gagnon, Université Laval, M.P.Gagnon, M.Desmartis y M.Njoya, Québec.
Johanne.Gagnon@fsi.ulaval.ca

Résumé

Objectif de la recherche : Mesurer les effets d'une formation hybride combinant modules virtuels et mode présentiel dans le cadre d'un cours de recherche au premier cycle en sciences infirmières.

Contexte et description du problème : Le renouvellement des pratiques éducatives et les possibilités nouvelles offertes par les technologies de l'information et des communications (TIC) ont contribué à la transformation des environnements d'apprentissage. L'auto-apprentissage a été proposé comme une méthode prometteuse pour la formation continue, tout particulièrement pour les professionnels de la santé, qui doivent constamment se tenir à jour. L'intégration des TIC dans la formation académique est de plus en plus courante en sciences infirmières. Avec l'apprentissage en ligne, l'accent est mis sur l'activité autonome, indépendante de l'étudiant qui devient dès lors le responsable de son apprentissage.

Méthodes et matériaux utilisés : Les effets de la formation hybride sur la capacité à l'auto-apprentissage, la satisfaction et la réussite ont été comparés à ceux d'une formation traditionnelle. L'hypothèse de recherche est qu'une formation hybride permettra à l'étudiant d'obtenir des notes comparables à celui ayant suivi un enseignement traditionnel, d'accroître sa capacité d'auto-apprentissage et d'atteindre un niveau de satisfaction au moins égal. Les étudiants ont été divisés aléatoirement en deux groupes de 56, stratifiés selon l'âge, le sexe, et le cheminement académique.

Résultats et discusión : Les analyses ANCOVA réalisées démontrent que la méthode d'enseignement n'a pas d'impact direct sur la capacité à l'auto-apprentissage, la satisfaction et la

réussite. Cependant, la motivation et le type d'enseignement ont un effet d'interaction sur la réussite puisque les étudiants moins motivés ayant reçu la formation hybride ont mieux réussi que ceux ayant reçu la formation traditionnelle. Une formation hybride combinant modules virtuels et mode présentiel est comparable à la formation traditionnelle et pourrait être une méthode d'enseignement convenant davantage à certains étudiants. Cette formation en ligne constitue un excellent moyen pour favoriser une pratique qui intègre les résultats probants de recherche.

Thèmes à discuter au-delà de la session de présentation : L'apport des technologies de l'information et des communications comme moyen d'auto-apprentissage dans la formation universitaire.

Web 2.0: L'instrument pur innover la formation en santé publique.

Valentina Di Gregori, Istituto di Igiene, Università di Bologna, Maria Pia Fantini, Barbara Curcio Rubertini, Tiziana Lavalle, Tiziano Carradori, Robert H. Desmarteau y Régis Barondeau, Italia, Québec. tiziana.lavalle2@unibo.it; valentina.digregori2@unibo.it

Résumé

Contexte et objectif: dans le cadre de la formation, la Maitrise de Programmation , gestion et évaluation des organisations sanitaires de l'Université de Bologne et l'Université du Québec à Montréal, avec l'Unité Locale de Santé de Ravenna ont mis beaucoup des efforts dans ce projet pilote qui avait comme but le développement du potentiel pour la construction d'une nouvelle modalité d'interaction parmi les professionnels de santé et entre les organisations sanitaires et le milieu social .Santé 2015 voulait explorer le concept de l'horizontalité, vue comme trajet de production, appliqué aux nouveaux moyens de collaboration et de participation. Pour cet objectif rien a été plus approprié que le Web 2.0 qui peut être vu comme un investissement technologique mais aussi comme une solution d' efficience pour le système sanitaire où distances et hiérarchies sont effacées.

Matériels et méthodes : la pédagogie a prévu des séances en présence, avec les professeurs de l'UQAM, pour discuter les avantages de la gestion de la Santé publique par modèles participatives horizontales, en raison de délocaliser plus travail au même sujet qui trappasse les hiérarchies et qui gère des parties des projets constituant la connaissance interne du système sanitaire. Ce modèle de santé est appliqué même au modèle éducatif utilisé pour les participants, grâce au web 2.0 qui utilise les instruments de la plateforme *moodle* gérée par l'UQAM. A' débiter dès articles en discussion, les participants sont assignés à une séance thématique . Ces articles sont partagés et commentés par les étudiants grâce à la constitution de forums. Cette méthode de comparaison déchaîne un profond transport du côté des étudiants, qui sont prêtes et conscients que la discussion est partie fondamentale de la modernisation des organisations sanitaires en soulignant les innovations mais aussi les limites et les problèmes des modèles ordinaires. On a utilisé le Wiki pour travailler en ligne, ensemble, même dès différents lieux de travail. La synthèse pour la discussion finale est facilement partagé de les étudiants.

Résultats : on a ouvert une discussion sur l'utilisation des ces instruments avec les Unités Locales de Santé , la régie régionale de Santé et l'Université de Bologne, en sortant un croissant intérêt et un soupçon dans la pratique quotidienne. En plus, nous avons construit un exemple de surveillance stratégique en utilisant les *aggregators* de flux transférable aux organisations participantes.

SESION 7

17:00 – 18:30 Salón 1

Atención a padecimientos crónicos

Les différences culturelles impliquent-elles des différences de perception du « fou », du « malade mental », et du « dépressif » ?

Frédérique Quidu, EHESP y J-P Escaffre, France. Frederique.Quidu@ehesp.fr

Résumé

Objectif : A CALASS 2005, nous avons présenté une étude sur les attitudes et comportements de la population française vis à vis des institutions psychiatriques. A CALASS 2006, la communication

portait sur les perceptions du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » par cette même population.

Nous comptons cette fois-ci montrer si les différences culturelles impliquent des différences de perceptions du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » ainsi que les attitudes et les comportements vis-à-vis des structures psychiatriques.

Méthodes : L'analyse se fonde sur la recherche-action "La santé mentale en population générale : images et réalités" conduite par le Centre Collaborateur de l'OMS et la DREES du ministère de la santé, auprès de 40 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, entre 1999 et 2003, enquête qui a été étendue aux sites suivants : Bruxelles, Asturies, Séville, Alger, Tunis, Tanger, Trieste, Mauritanie, et la Grèce soit 8678 dossiers supplémentaires. Ses objectifs sont, outre de repérer les stigmatisations de la "folie", la "maladie mentale" et la "dépression", de décrire les représentations des différents modes de soins, d'évaluer la prévalence des troubles mentaux parmi les adultes, et aussi, de sensibiliser les décideurs à l'importance des problèmes de santé mentale, afin de promouvoir une psychiatrie intégrée dans la cité. Il s'agira ici de comparer les résultats des neuf sites supplémentaires à ceux de la France Métropolitaine, celle-ci étant caractérisée par une grande diversité culturelle.

Les caractéristiques déclarées sont repérables à partir d'une série de dix-neuf questions composées chacune de huit modalités de réponses, par exemple : « Selon vous, quelqu'un qui est anxieux est : fou, malade mental, dépressif, aucun des trois; est-il normal ou anormal; est-il dangereux ou peu dangereux ? A cela s'ajoute des questionnements sur la responsabilité des actes, la conscience de la maladie, la souffrance, l'exclusion éventuelle, la médication, la guérison possible, la connaissance des lieux de soins, l'accueil à domicile, etc. L'ensemble de ces questions peut être croisé avec les variables socio-économiques.

Les techniques statistiques sont celles utilisées pour exploiter les fichiers composés de variables essentiellement qualitatives, afin de comparer les typologies: concaténations, AFCM, CAH, etc.

Résultats à ce jour : Il semble que, par exemple, les personnes enquêtées sur les sites de Séville, Asturies, Bruxelles ont le même spectre de représentations du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » que celui trouvé pour la France métropolitaine. Ce n'est pas le cas, par exemple, pour Tunis, la Mauritanie, ou Trieste. Nous montrerons aussi les différences éventuelles de comportements vis-à-vis des structures psychiatriques (en cours de dépouillement statistique).

Análisis de la condición de salud de los usuarios de Unisalud con osteoartrosis de rodilla, desde el modelo de la determinación social de la epidemiología crítica.

Diana Alexandra Camargo Rojas, Universidad Nacional de Colombia y Beatriz Mena Bejarano, Colombia. dacamargor@gmail.com

Resumen

Objetivo: El propósito del presente estudio es analizar la condición de salud de los usuarios de UNISALUD con Osteoartrosis de rodilla, desde el modelo de la Determinación Social, de la Epidemiología Crítica.

Método: el estudio es descriptivo exploratorio con una muestra de 104 sujetos. Dentro de la metodología se tiene en cuenta los dominios planteados por la Epidemiología Crítica, el Singular, Particular y General, por lo cual se utilizan los siguientes instrumentos para la recolección de datos: revisión documental, por medio de la revisión de Historias Clínicas y documentos de UNISALUD- EPS trabajadores Universidad Nacional de Colombia- entrevistas semiestructuradas, que incluyen preguntas formales y no formales para indagar acerca de la osteoartrosis. Posteriormente se realiza el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos respectivamente, se diseñan perfiles de riesgo y la matriz propuesta por la Epidemiología Crítica.

Resultados: A partir del análisis realizado a partir del proceso de triangulación fue posible encontrar como ante una enfermedad crónica no transmisible como la osteoartrosis, las redes de apoyo (familia – amigos) y el sistema de salud, en este caso UNISALUD como EPS del régimen Especial, influyen en la funcionalidad de las personas que presentan la enfermedad, lo cual contribuye en la adopción de estilos de vida saludables. Sin embargo el modelo de atención y las estrategias de educación en salud desarrolladas por Unisalud, no plantean un enfoque familiar y de Promoción de la salud, con afectación de procesos destructivos y protectores en el Dominio General y particular, lo cual no impacta las políticas institucionales y no logra el desarrollo de la autonomía y empoderamiento de los sujetos, dado el paternalismo presente en la relación generada con los usuarios. Esto a su vez influye en la percepción del dolor en los sujetos la cual

es alta, a pesar de las redes de apoyo con las cuales cuentan, debido a las relaciones de dependencia generadas entre los usuarios y sus redes. Así mismo las condiciones socioeconómicas y el modelo económico predominantes, definen modos de producción y posibilidades de acceso a la Educación y a modos de vida favorables, afectando la salud observable de las personas con osteoartritis y el desarrollo de su proyecto de vida. La perspectiva de Género trasciende la noción de sexo, considerando las relaciones de poder, la división de trabajo y el acceso a oportunidades, el cual es diferencial entre hombre y mujeres.

Impact des recommandations internationales sur le coût de prise en charge des asthmatiques en France en 2006.

Laure Com-Ruelle, IRDES, Marie-Thérèse Da Poian y Nelly Le Guen, France. comruelle@irdes.fr

Résumé

Objectif de cette recherche

Les recommandations internationales (Global Initiative for Asthma ou GINA 2006) positionnent le contrôle des symptômes de l'asthme comme le concept central de la prise en charge des asthmatiques. L'objectif de cette recherche est d'estimer les coûts de prise en charge ambulatoire des différents niveaux de contrôle de l'asthme et de mesurer l'impact économique d'une meilleure prise en charge sur les dépenses.

Contexte et description du problème

L'asthme a une fréquence qui augmente dans l'ensemble des pays industrialisés comme en France. Il représente un véritable problème de santé publique avec un poids économique important.

Les hospitalisations et la mortalité liée à l'asthme ont baissé en France depuis 1998 grâce à une meilleure prise en charge ambulatoire mais qui reste insuffisante. Six asthmatiques sur dix n'atteignant pas le contrôle de leurs symptômes, la question de l'adéquation de leur traitement au niveau de leurs symptômes se pose.

Matériaux utilisés

Les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), représentative de la population générale française, informent sur les caractéristiques socioéconomiques, l'état de santé, avec un questionnaire standardisé sur l'asthme, et le recours aux soins (16 195 répondants). Ces données sont appariées avec celles du remboursement par l'Assurance maladie obligatoire pour connaître les consommations médicales.

Méthodes

Le palier de traitement médicamenteux et le niveau de contrôle des symptômes sont évalués d'après des recommandations internationales émises en 2006 par le GINA. On estime des coûts théoriques correspondant aux coûts des traitements médicamenteux indiqués pour obtenir un contrôle optimal pour situation clinique.

Résultats principaux

La dépense liée à l'asthme représente 21 % de la dépense ambulatoire totale des asthmatiques en 2006. Elle s'élève en moyenne à 330 € [285 ; 376] par an et par asthmatique, dont 68 % pour les médicaments. Tous asthmatiques confondus, le coût moyen observé représente 40 % du coût théorique obtenu par application d'un palier médicamenteux supplémentaire comme le recommande le GINA 2006 en cas de contrôle est insuffisant. La moitié des asthmatiques ont un coût observé inférieur à 18 % du coût théorique médian et un quart n'a acquis aucun médicament. Les écarts de coûts sont plus grands en cas de contrôle insuffisant.

Discussion

Le niveau d'exigence des recommandations GINA semble élevé et peut induire un décalage entre les traitements recommandés et les traitements permettant l'obtention d'un niveau de contrôle compatible avec une qualité de vie satisfaisante. Avant d'augmenter les prescriptions médicamenteuses, le médecin doit insister sur l'ensemble des facteurs favorisant ou déclenchant les épisodes d'exacerbations aiguës (allergènes, exposition au tabac...).

SESION 8

17:00 – 18:30

Promoción de la salud y atención primaria

L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaire sur les soins chroniques : constats d'une étude de cohorte au Québec.

Valérie Lemieux, Direction de Santé Publique de Montréal. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), Frédéric Levesque, Debbie Feldman, Pierre Tousignant, André Tourigny, Jean-Pierre Lavoie y Jean-Louis Larochelle, Québec. valerie.lemieux.1@umontreal.ca

Résumé

Objectif : Plusieurs réorganisations des soins primaires visent à mieux arrimer l'offre de services aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques. À cet effet, différents modèles d'organisation des soins de santé primaires ont été proposés. Cette étude avait pour objectif de documenter l'association entre ces modèles et divers indicateurs de qualité, d'expérience de soins et de résultats de santé.

Méthodes : Des patients (n=776) atteints de maladies chroniques ont été recrutés au sein d'organisations participantes (n=33) et ont répondu à quatre reprises (0, 6, 12 et 18 mois) à un questionnaire incluant des mesures de qualité des soins, d'utilisation de services, de qualité de vie, d'état de santé et de capacité pour l'auto-soins. Une modélisation multiniveaux (mesures répétées/individus/organisations) a permis de mesurer l'association entre modèles organisationnels et variables d'intérêt, contrôlant pour les facteurs sociodémographiques.

Résultats : L'âge échantillonnale moyen est de 67 ans avec 55% de femmes. Les sources de soins primaires des patients incluent des centres de santé communautaire (CLSC) (25%), groupes de médecine familiale (GMF) (19%), cabinets de groupe (25%), et médecins solo (7%). Le quart est aussi suivi par un spécialiste. Les modèles diffèrent quant à leur profil-clientèle : les CLSC desservent une clientèle plus âgée présentant un niveau de morbidité généralement plus élevé. Après ajustement des modèles, les patients suivis en GMF rapportent la qualité de soins chroniques la plus élevée (2.87/5), la plus basse étant rapportée pour les cabinets de groupe (2.34/5). Les patients déclarent être peu impliqués dans leurs soins, et aucun modèle ne se distingue quant à leur capacité pour l'auto-soins. Les patients suivis en pratique de groupe tendent à rapporter une qualité de vie liée à la santé supérieure, bien que cette différence n'atteigne pas le seuil de signification. Pour l'ensemble des variables d'intérêt, la plus large part de variance se situe au niveau individuel. Les différences entre organisations comptent pour 4 à 7% de la variance observée.

Conclusion: Notre étude suggère de faibles différences entre modèles de soins primaires pour les indicateurs à l'étude à l'exception de ceux relatifs à la qualité de soins chroniques. Les CLSC et GMF semblent mieux outillés pour la prise en charge des clientèles plus complexes et atteignent des résultats similaires sinon supérieur aux autres modèles, constituant ainsi des avenues plus prometteuses pour l'amélioration des soins chroniques. Néanmoins, il importe de mieux cerner les attributs organisationnels pouvant expliquer les bénéfices y étant associés.

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a transformação da atenção à saúde no Brasil.

Márcia Lopes, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Brazil. mlopes@fiocruz.br

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é, hoje, a política prioritária do Ministério da Saúde. Espera-se que ela induza mudanças no modelo assistencial do SUS ainda extremamente centrado no saber biomédico e de desenho hospitalocêntrico. Considerando que a ESF tem na atividade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seu principal suporte no sentido da diferenciação do sistema tradicional de saúde, pretende-se neste texto problematizar o cotidiano de trabalho destes profissionais, os limites e possibilidades de sua atuação no sentido de favorecer a transformação não só da atenção à saúde no Brasil, como também das relações sociais vigentes. Para tanto, foram utilizadas diferentes formas de aproximação do trabalho dos ACS – acompanhamento diário de suas atividades, entrevistas com os trabalhadores e discussões em sala de aula com alunos-trabalhadores-ACS sobre seu processo de trabalho. Tomando como eixo de análise da discussão o que se considera como diferencial da atuação destes trabalhadores na equipe de saúde – o conhecimento e a inserção no mundo cultural dos usuários atendidos, aponta-se como a atuação dos ACS nem sempre se materializa como preconizada no papel. Mesmo que trabalhando de forma diferenciada do conjunto dos profissionais de saúde por sua maior facilidade em escutar e

comprender as demandas dos usuários, estes trabalhadores tendem a reproduzir as formas de relação dominantes no sistema de saúde convencional.

CONTRIBUIÇÕES: Ampliar as discussões sobre a forma como se materializam concretamente os processos de trabalho em saúde e problematizar o desenho das intervenções que buscam a reorganização do sistema público de saúde no Brasil no sentido de favorecer a construção de estratégias de fortalecimento das propostas do SUS.

Promoción de la salud mental: un reto del siglo XXI.

Miguel Ángel Karam Calderón, Facultad de Medicina, U.A.E.M., Lilia Patricia Bustamante Montes y Ángela Camarena Pliego, México

Resumen

A Promoção da saúde (OS) como estratégia de melhoria dos determinantes sociais da saúde (DSS).

Fernanda Carlise Mattioni, ENSP/ Fundação Oswaldo Cruz y Maria de Fátima Lobato Tavares, Brasil

Resumo

SESION 9

17:00 – 18:30

Atención a problemas de Salud Mental

Recyclage d'un hôpital psychiatrique en Institut universitaire en santé mentale: le cas de l'hôpital psychiatrique de Québec.

Hubert Wallot, Université de Québec. wallotha@hotmail.com

Résumé

Au Canada, les hôpitaux psychiatriques sont disparus ou ont ratatiné passablement, mais le Québec contient trois grands hôpitaux psychiatriques, les trois plus grands du pays, et le gouvernement a choisi d'élargir leur influence en leur conférant, moyennant certaines obligations, le titre d'institut. La présentation est une étude de cas au sujet de la transformation de l'organisation de la psychiatrie dans la ville de Québec, à partir d'une période où il existe trois départements de psychiatrie dans trois hôpitaux généraux et un département dans un hôpital psychiatrique jusqu'à la création d'un Institut universitaire de santé mentale responsable de l'organisation régionale de la psychiatrie, et auquel désormais tous les psychiatres de la région de Québec, travaillant dans le milieu hospitalier, sont désormais rattachés et mandatés pour donner des services dans divers sites, dont les hôpitaux généraux de la région. Un département clinique régional de psychiatrie est ainsi formellement créé en 2007. Une structure particulière est créée : les programmes clientèles, dont le directeur médical, relevant du directeur général, se trouve à être le chef du département de psychiatrie. En 2009, l'Institut se retrouve en crise avec des bombes d'intensités diverses à divers sites. Des démissions nombreuses de psychiatres sur un site, la démission de la chef du département clinique régional de psychiatrie, un petit groupe de psychiatres dénonçant sur la place publique la supposée ingérence du directeur général dans la gestion médicale et un climat de terreur qui y serait associé. Il s'en suit un clivage et un fossé au sein même du groupe des psychiatres tandis que les médias véhiculent une image plutôt monolithique et biaisée du conflit. Le conseil d'administration se voit dans l'obligation de requérir l'expertise d'un "accompagnateur" pour démêler la crise. La présentation veut montrer que des problèmes structurels constituaient déjà un écueil que la nouvelle institution allait rencontrer tôt ou tard, et qu'il y a des leçons à tirer pour la gestion d'organisations de soins psychiatriques de grande taille.

La salud mental un problema "emergente". Implicaciones en torno a la política de la Secretaria de salud (SSA) enfocada al primer nivel de atención a la salud mental en México.

Norma González González, Universidad Autónoma del Estado de México, Martha Isabel Angeles Constantino, Alicia Margarita Tinoco García y Epigmenio López Martínez, México. gogn@uaemex.mx y gogn66@yahoo.com.mx

Resumen

El campo de la llamada “salud mental”, cobra sentido en torno a una problemática relativamente nueva y reconocida como propia de un campo de atención sanitaria que gradualmente, desde finales del siglo pasado, a nivel tanto nacional como internacional ha venido ocupando un sitio protagónico en el campo de la salud pública. Particularmente, es importante abordar la política de atención gubernamental que privilegia un trabajo a desarrollar en el primer nivel de atención, tratando de analizar y problematizar acerca de sus alcances y limitaciones, así como de sus posibles implicaciones en el proceso de un fenómeno que debe ser abordado desde sus orígenes y repercusiones de orden social, contrastando de esta manera a una política de atención psicologizante que pretende ver en el individuo y su entorno vivencial más inmediato los orígenes y posibles “soluciones” a esta problemática de amplio contenido y repercusiones históricas, socioeconómicas, políticas y culturales.

Logiques de recours aux soins psychiatriques, géolocalisation des infrastructures hospitalières et réorganisation interne: une double approche externe-interne.

Véronique Zardet, Université Jean Moulin Lyon 3, Leca de Biaggi, Jacques Bonnet, Céline Broggiot Henri Savall, France. zardet@iseor.com

Résumé

Au cours des dernières années, l'offre de soins psychiatriques a connu de nombreux changements. Parmi eux, les géographes s'intéressent plus particulièrement aux logiques spatiales qui prévalent dans la répartition des centres de prise en charge des patients. Concernant ce point, on peut rappeler que dans le passé, les hôpitaux psychiatriques étaient localisés dans des espaces périphériques, et plus précisément dans les banlieues ou à la campagne. Aujourd'hui, la nouvelle génération d'unités psychiatriques se localise préférentiellement dans des espaces centraux (urbains), ce qui les rend à la fois plus visibles et plus accessibles. En France, cette démarginalisation spatiale des structures de soins psychiatriques a été encouragée par une circulaire ministérielle de mars 1960 qui institue ce qu'on appelle « la psychiatrie de secteur ». Ce nouveau modèle thérapeutique vise notamment à soigner les malades le plus près possible de leur domicile. En 2009, la nouvelle loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) a introduit une nouvelle donne sur le renforcement de la complémentarité entre les différentes structures sanitaires.

Dans ce travail, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'hôpital public psychiatrique du Vinatier, situé dans l'agglomération lyonnaise (Rhône, France). Cet hôpital, créé en 1876, a connu de nombreuses restructurations depuis son ouverture. Ainsi, alors qu'il fut pendant longtemps un simple hôpital asilaire, il est devenu au cours du temps un centre multipolaire qui compte plus de 61 structures de prise en charge. Depuis 2007, ce centre hospitalier est de nouveau engagé dans une restructuration de son offre de soins. En effet, d'ici 2014, l'objectif est de réorganiser les structures d'accueil extrahospitalières et notamment d'effectuer une concentration des soins (regroupement d'un certain nombre de structures) afin d'assurer un suivi de meilleure qualité pour les patients. La problématique majeure qui se pose est donc de savoir quelles sont les localisations optimales pour ces unités de soins, celles-ci ne devant pas compromettre le recours aux soins des patients.

Cette communication propose une approche transdisciplinaire combinant les apports de la géographie et du management hospitalier. Dans une première partie, nous nous proposons de présenter la méthodologie employée pour répondre à ce questionnement ainsi que les propositions d'aménagement qui ont été faites. De manière synthétique, deux approches ont été menées conjointement. Tout d'abord, une approche spatiale, par l'intermédiaire des Systèmes d'Information Géographique, qui vise à construire un diagnostic sur le degré d'accessibilité qui sépare le lieu de vie des patients de leur lieu de prise en charge (temps et distance de parcours, ruptures de charge, types de réseaux de transports, aménagements prévus ...). En parallèle, un travail d'enquête est mené auprès des patients afin de déterminer quels sont leurs profils sanitaire et social ainsi que leurs habitudes de mobilité. L'objectif principal de cette recherche, qui allie à la fois approche quantitative et qualitative, a été d'évaluer le seuil de renonciation aux soins des patients et ainsi de

proponer una localización de estructuras hospitalières qui permette de répondre au mieux à leurs besoins.

Dans une seconde partie, nous nous interrogeons sur les impacts internes, en termes d'organisation et de conditions de travail, de communication-coordination-concertation d'une action de redéploiement spatial de l'offre de soins aux patients. En effet, comment une telle action, mue par une logique « externe » de dispensation d'offre de soins mieux adaptée aux attentes des patients, peut-elle intégrer concomitamment une réflexion sur les conditions internes de sa réalisation, pour qu'elle constitue aussi une opportunité pour améliorer les conditions d'exercice professionnel des acteurs médicaux et soignants ? Le concept de filière-territoire de soins proposé permet, nous semble-t-il, d'articuler acteurs internes et externes dans cette réflexion.

Nous développons dans cette seconde partie, deux idées force principales : l'intégration, **dès le stade de la conception** du redéploiement spatial, des conditions de son fonctionnement permet-elle de développer une stratégie sociale et sociétale ? Comment prendre en compte les conditions internes de fonctionnement après les décisions de redéploiement géographique de l'offre de soins, afin d'assurer une mise en œuvre efficace et efficiente de ces décisions ?

Ce sont là deux stratégies de conduite du changement aux coûts économiques et sociaux contrastés.

La depresión: un diagnóstico del que se debe conocer su patrón de prescripción farmacológico.

Núria Sabaté, Institut Català de la Salut, Carlos Civit Llorca, Isabel Plaza España y Rafael Ruiz Riera. Institut Català de la Salut, España. nsabate.bcn.ics@gencat.cat

Objetivo: Demostrar que mediante el análisis de datos de consumo de medicamentos antidepresivos (AD) que contienen las bases de datos de un aplicativo informático de farmacia, se puede describir el patrón de prescripción, la variabilidad y la evolución en el tiempo de estos tratamientos

Contexto: La prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es muy elevada. La prescripción de AD en AP se ha incrementado en los últimos años, suponiendo un elevado coste en el gasto farmacéutico.

Material y método: Diseño: Estudio observacional, retrospectivo de datos de prescripción del servicio de Atención Primaria Dreta de Barcelona contenidos en la base de datos del aplicativo informático de farmacia del Institut Català de la Salut desde el año 2004 hasta 2009

Los datos de consumos se expresan en dosis habitante y día (**DHD**), que corresponden a las dosis diarias definidas (DDD) para 1000 habitantes/día. La **DDD** es la unidad técnica de medida y de comparación. Es la dosis media diaria de mantenimiento en adultos de un medicamento cuando se utiliza en su principal indicación. Esta unidad permite comparar los datos obtenidos en otros países.

El análisis se ha efectuado con los principales medicamentos para tratar los trastornos depresivos: Inhibidor selectivo de la receptación de serotonina (ISRS); Inhibidores de la receptación de noradrenalina i serotonina (IRNS); Tricíclicos ; Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Resultados: Patrón de prescripción: La mayoría de prescripciones efectuadas corresponden a un tratamiento farmacológico antidepresivo con ISRS, el grupo antidepresivo de primera elección al que se incorpora la venlafaxina (IRNS)

La suma de las prescripciones en DHD del Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina y Venlafaxina equivale casi a la totalidad de la prescripción de antidepresivos.

La Paroxetina es el antidepresivo más prescrito. Destaca el crecimiento que presenta el escitalopram, activo isómero del citalopram

La tasa de crecimiento del consumo de antidepresivos desde el año 2004 hasta el año 2006 es de 8,84% y del 2004 al 2009 ha sido del 48,81%

Discusión: Los resultados muestran una tendencia muy ascendente en el consumo de AD y por tanto de personas tratadas. La tasa de evolución del SAP era de 8,84% del 2004 al 2006 y de 48,81%, 2004 al 2009

El aumento de consumo de alcohol y de drogas de abuso, así como la actual crisis económica, pueden incrementar las patologías de carácter psiquiátrico.

Se ha descrito el cambio en el patrón terapéutico del paciente depresivo, desplazándose los tratamientos con AD tricíclicos hacia los ISRS que son el grupo de AD más consumidos, seguidos de los IRNS. Los nuevos AD que se comercializan se incorporan rápidamente a los tratamientos.

En AP, donde todavía no se tienen definidos costes de procesos asistenciales, uno de los costes más preocupantes es el gasto farmacéutico. Analizando patrones de prescripción se puede conocer la evolución y el impacto de las prescripciones de AD.

SESION 10

17:00 – 18:30

Las nuevas formas de aseguramiento

Análisis de espacios de decisión y la protección social de la salud en México.

Emanuel Orozco, Instituto Nacional de Salud Pública, Armando Arredondo, Miguel Ángel González Block y Thomas Bossert, México.

Resumen

El seguro popular en al agenda sanitaria y su aplicación en los servicios locales.

Georgina Contreras Landgrave, Universidad Autónoma del Estado de México y Carolina Tetelboin, México. geoland@web.de

Resumen

Objetivo. Describir los cambios operados en México en el sexenio 2000-2006 en relación a la creación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud y describir y analizar su impacto particularmente en relación a la prestación de servicios en un Centro de Salud Urbano y un Hospital General, ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México.

Contexto y descripción problema. En América Latina desde los años ochenta, las reformas a los sistemas de salud, se han llevado a cabo como parte de los cambios profundos para transformar las sociedades. México involucrado en esta dinámica, comenzó con la modificación de la Constitución Política, misma que permitió generar el marco normativo regulatorio del nuevo proceder del gobierno frente a la sociedad en el ámbito de la salud. En esta lógica se ha llevado a cabo la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados, priorizando las necesidades de salud y atendiendo a la población a través de programas con intervenciones esenciales y el impulso a la participación del sector privado en el otorgamiento de la atención de la salud. En años recientes se puso en práctica un sistema de atención a la salud para la población sin seguridad social denominado Sistema de Protección Social en Salud denominado en su etapa de prueba como Seguro Popular de Salud (SPS). No obstante que en el discurso oficial nacional se planteó al SPS como la reforma fundamental para resolver los problemas de salud, desde el punto de vista sanitario y como programa emitido por la Secretaria de Salud de la federación, no se tienen reportes específicos que manifiesten que el SPS ha contribuido a disminuir la prevalencia e incidencia de las principales enfermedades que afectan a la población.

Metodología. Se analizaron documentos nacionales que fueron modificados, los que se emitieron, y los que se firmaron. Se conoció la Implementación del SPS en los servicios locales de salud.

Resultados. En cumplimiento de la Ley General de Salud y la normatividad estatal en salud el Seguro Popular se filtró la agenda sanitaria del Estado de México sin reflejar los cambios programas en los servicios locales anunciados.

Proceso de priorización para las enfermedades catastróficas en México 2005-2010.

Silvia Martínez Calvo, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, Hilda Santos Padrón y Jorge Bacallao Gallestey, Cuba y México. calvo@infomed.sld.cu

Resumen

Fundamentos. En el año 2004 se creó en México el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en Salud (FPGC), como organismo financiador para las enfermedades catastróficas (EC). El objetivo del trabajo fue evaluar la sustentabilidad de ese Fondo, mediante una investigación de desarrollo representada por una propuesta de Innovación Tecnológica (modelo prospectivo), pues no existían antecedentes de estudios científicamente fundamentados sobre las enfermedades catastróficas (EC), orientados a proyectar estructuras de servicios, ni analizar la demanda y la oferta relacionada con esas enfermedades.

Método. La etapa inicial de la investigación fue un proceso de caracterización y priorización de las EC incluidas en el FPGC. El universo de estudio fueron los 75 hospitales nacionales que atienden estas EC y las unidades de análisis, fueron 30 de las 50 EC identificadas en el Listado Oficial del Consejo de Salubridad General. Se utilizaron algunos indicadores epidemiológicos para caracterizar las EC y se utilizaron 4 criterios para priorizarlas: pérdida social, trascendencia, marginalidad y capacidad de respuesta. Para calcular los criterios se utilizaron: tasas de mortalidad, morbilidad, letalidad, AVISAS, índices de correlación, índice de Desarrollo Humano, una fórmula de priorización y la ponderación mediante la consulta a expertos.

Resultados. En México se registraron 1,775, 213 egresos hospitalarios en el año 2004, de los cuales 155,979 (27.3%), correspondieron a EC. Al priorizarse las 30 EC, se modificó tanto el tipo, como el orden que ocupaban en la Lista Oficial del FPGC. Se detectó que no existe financiamiento para todas las EC priorizadas. Según *pérdida social*, solamente para la sepsis neonatal; según *trascendencia y marginalidad*, para ninguna y según *capacidad de respuesta*, solamente para la leucemia y la prematuridad. Por otro lado, la artritis reumatoide, que tampoco recibió financiamiento, ocupa lugar destacado en 3 de los 4 criterios, igual que el infarto cerebral.

Conclusiones. Se considera útil y necesaria la incorporación de los procesos de caracterización y priorización, como herramientas para los servicios de salud en México. Es pertinente investigar más y mejor sobre la dimensión “catastrófica” de las enfermedades no transmisibles, en afán de su prevención y control y no solamente referidas a tasas de morbilidad y mortalidad, como es habitual. Además, en el caso particular de México, estos resultados indican que la visión acerca del FPGC deberá modificarse para que éste se desarrolle como una política de Estado.

Estudio de Caso No GES.

Mario Parada, Universidad de Valparaíso, Ximena Riesco C., Miguel Durante y Esteban Díaz C., Chile. mario.parada@uv.cl

Resumen

Una de las estrategias centrales de la reforma de salud chilena es la implementación de un programa de garantías legales explícitas para el acceso al tratamiento de ciertas enfermedades y otros eventos de salud, lo que se conoce como GES (garantías explícitas en salud). Mientras el impacto sobre el acceso a la atención se ha mostrado positivo en la mayoría de los paquetes garantizados, se desconoce si la implementación del GES ha impactado negativamente sobre el acceso a tratamiento de pacientes con problemas de salud no incluidos, No GES, especialmente en los casos en que en el tratamiento final se comparten recursos.

El objetivo del estudio es determinar si se produjo impacto sobre el acceso a tratamiento del cáncer esofágico (no GES) después de la implementación del GES para el tratamiento del cáncer gástrico en 2006.

Se realizó un estudio de caso, usando la información de la base de datos nacional de egresos hospitalarios, tanto del sector privado como público, de los años 2003 y 2006. Los cánceres gástrico y esofágico fueron elegidos para este estudio ya que comparten recursos para el tratamiento final. Se compararon las cirugías en pacientes con ambos cánceres para cada año basándose en la metodología utilizada por la Superintendencia de Salud.

Los resultados muestran que entre los años 2003 y 2006 existió un aumento en la tasa de egresos por cirugía de cáncer gástrico a nivel nacional y en el sector público ($p=0.0066$) mientras que la tasa de cirugías por cáncer esofágico disminuyó ($p=0.0001$). No se observaron cambios significativos en el sector privado ($p > 0.05$).

Estos **resultados** apuntan hacia un impacto negativo en el acceso de los pacientes con cáncer esofágico luego de la implementación del GES para cáncer gástrico, y una mayor tasa de egresos del tratamiento de este último cáncer lo que apunta a una mejoría en el acceso de este. Aunque no es posible generalizar estos hallazgos, ellos orientan hacia la existencia de un impacto negativo sobre el tratamiento de aquellos pacientes excluidos del GES dado el menor número de pacientes que accedieron al tratamiento de su cáncer esofágico.

SESSION 11

17:00 – 18:30

Modelos de organización en servicios de salud

Le processus de construction d'une nouvelle organisation visant l'intégration des services de santé: perspective du sensemaking organisationnel.

Chantal Sylvain, École de santé publique. Université de Montréal, Lise Lamothe, Québec.
chantal.sylvain@montreal.ca

Résumé

La comorbidité, soit la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles, correspond à une situation clinique des plus complexes puisqu'elle implique que des professionnels provenant de champs de pratique souvent éloignés apprennent à travailler ensemble et développent des pratiques communes.

Les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie constituent un exemple de comorbidité dont la prévalence élevée est bien établie. Pour les personnes aux prises avec ces troubles, une approche intégrée combinant l'intervention pour les troubles mentaux à celle associée à la toxicomanie est perçue hautement souhaitable et favorable à leur rétablissement¹.

Au-delà du potentiel d'efficacité associé à une telle intégration des services, se pose cependant la question de sa mise en œuvre et de la transformation des pratiques qui la soutiennent en contexte organisationnel. Des travaux récents suggèrent que l'intégration des services constituerait moins une finalité qu'un objet de changement émergent d'un processus complexe dont l'aboutissement demeure inconnu.

La complexité de ce processus demeure encore mal comprise. L'interprétation que les acteurs se forgent des projets d'intégration, à travers leurs actions et leurs interactions, pourrait constituer un angle d'étude approprié. La notion de *sensemaking* organisationnel représente un outil de choix. Selon Weick (1995), le sensemaking correspond à un processus de construction sociale où des individus en interaction tentent d'expliquer des événements inattendus et d'établir des priorités quant aux actions à entreprendre. Cette construction collective de sens permettrait de comprendre comment la réalité organisationnelle prend forme et se maintient³.

Notre communication fait état des résultats préliminaires d'une étude examinant la dynamique d'évolution sur une période de huit ans d'une nouvelle organisation établie en 2001 à Montréal et visant l'intégration des services de santé mentale et de toxicomanie. L'étude cherchait plus spécifiquement à comprendre comment les acteurs au sein de telles organisations contribuent à façonner les projets qu'ils participent à mettre en œuvre.

Il s'agit d'une étude de cas longitudinale s'appuyant sur diverses méthodes de cueillette de données (entrevues, observations, analyse documentaire). Au total, 34 entrevues ont été réalisées entre 2003 et 2009 avec des professionnels et des gestionnaires. L'analyse qualitative des données a été guidée par des concepts clés liés au sensemaking organisationnel.

Les observations tirées de l'étude permettent de tracer un portrait évolutif de l'organisation étudiée et de renseigner sur les dynamiques à travers lesquelles l'intégration des pratiques cliniques s'est réalisée progressivement. Ces résultats apportent une contribution significative au plan théorique, laquelle sera discutée lors de la communication.

La résistance dans une démarche de changement organisationnelle.

Renaud Petit, ISEOR, France. petit@iseor.com

Résumé

Objectif et projet de recherche : La communication analyse les difficultés de la mise en œuvre d'une recherche-intervention dans un hôpital français et leurs conséquences, aussi bien sur les résultats de la recherche que sur le processus d'intervention initial employé. Elle illustre également les raisons des nombreuses résistances internes à l'égard d'une intervention en management et des moyens (méthodes et outils de gestion) nécessaires pour une mise en œuvre efficace et efficiente.

Contexte et description du problème : Le fonctionnement de l'hôpital est un système complexe dans lequel interagissent différentes populations : médecins, soignants, administratifs,

techniciens... L'appréhension, la compréhension et les connaissances qu'ont ces acteurs d'une recherche-intervention sont diverses si bien que, pour certains, le management semble loin d'être une priorité au regard du soin. Dès lors, la recherche-intervention est perçue comme perturbatrice dans l'organisation du travail des acteurs, c'est-à-dire comme l'antithèse de ce pourquoi elle est mise en œuvre : l'accompagnement des acteurs dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles.

Théories, méthodes : La recherche est conduite selon une méthode de recherche-intervention socio-économique réalisée dans un établissement psychiatrique public en France comportant une triple étude qualitative, quantitative et financière. Des entretiens semi-directifs axés sur les dysfonctionnements et suivis d'un calcul de coûts cachés de dysfonctionnements ont permis d'établir un diagnostic du fonctionnement interne de l'établissement. Ensuite, un accompagnement dans la mise en œuvre de solutions d'amélioration des pratiques internes a été réalisé dans le cadre d'un groupe de projet d'innovation socio-économique. En parallèle des sessions de formation-concertation (collectives) et des assistances personnalisées (individuelles) sur l'utilisation d'outils de gestion ont été organisées auprès de la direction et d'une partie du personnel d'encadrement (médecins, soignants, administratifs, techniciens).

Résultats et discussion : Une analyse de la mise en place d'une démarche de changement a été réalisée, au terme d'une première année de recherche-intervention au sein d'un hôpital psychiatrique public. Les résultats ont mis en exergue que :

les pratiques dysfonctionnelles de l'établissement influencent la méthodologie de recherche-intervention initialement prévue et perturbent l'objectivité scientifique d'une démarche en sciences de gestion ; l'importance de l'énergie de l'équipe d'intervenants-chercheurs pour piloter l'accompagnement des acteurs ; le réflexe d'une vigilance régulière sur l'exploitation objective du chercheur des données et observations provenant du terrain d'observation scientifique.

Participación social en salud.

Carmen Gloria Muñoz Muñoz, Universidad Autónoma Metropolitana México.

crmngloria@yahoo.com

Resumen

La comunicación es una reflexión preliminar sobre las características o formas que adquiere la Participación Social en el ámbito de la salud en un período de la historia de Chile, que comprende hechos sociales, políticos y económicos, expresión de formas distintas de concebir la sociedad, la relación de estas con el Estado y por sobre todo, la administración del poder y la gobernanza.

La reflexión se enmarca en el análisis del fenómeno de la Participación Social en Salud en los últimos 40 años de la historia de Chile en que es posible identificar tres momentos. El primero de ellos, comprende los casi tres años de gobierno de la Unidad Popular, proceso que buscó profundas transformaciones mediante la redistribución y apropiación de fuentes de riqueza nacional, la democratización del sistema político y las mejoras de las condiciones de vida de la población. En este ámbito, la salud, comprendida desde un enfoque social, constituyó uno de sus ejes rectores.

La irrupción de las fuerzas armadas significó la implantación de un modelo económico neoliberal, que además de la apertura de las fronteras y en énfasis privatizador, impuso un régimen de persecución política y de erradicación de los movimientos e iniciativas del período anterior. Tras diecisiete años de dictadura militar, el período post-democrático alcanzado tras acuerdo político de los actores reestructurados en partidos y conglomerados, permitió cuatro gobiernos de la izquierda y centro-izquierda política que tras veinte años, repuso algunos mecanismos democráticos, no obstante mantuvo las iniciativas económicas de privatización y libre mercado en que la salud y la seguridad social fueron de los ámbitos prioritarios.

El análisis de la participación social cursa por diversos significados y sentidos según se entienda la relación entre sus protagonistas y se proponga o no contribuir a la democratización y gobernabilidad. Las teorías de pensamiento crítico permiten entonces el análisis de lo social, la organización del Estado y su relación con la sociedad civil a partir de la distribución del poder que está detrás de la acción social y las relaciones de sumisión, confrontación y/o colaboración que la participación social en sí misma que son aplicadas en este análisis al ámbito de la salud.

Esta se ha establecido y adquirido formas según las características que las políticas sociales, políticas y de representatividad social en cada uno de los tres períodos mencionados para lo cual es necesaria la reflexión tanto de los discursos como las acciones, de los individuos pero por

sobre todo de la organización social que en forma de apoyo o protesta se han dado en cada uno de estos momentos.

SESION 12

17:00 – 18:30

Tecnología en Salud II

L'état peut-il réguler les domaines de services émergeant de nouvelles technologies ?

Marie-Andrée Paquette, Université de Montreal, Lise Lamothe y Daniel Reinharz, Québec. marie-andree.paquette@umontreal.ca

Résumé

L'émergence de nouvelles technologies biomédicales, combinée à la grande autonomie de pratique du corps médical, permet l'offre de nouveaux services de santé sans qu'il y ait nécessairement correspondance avec les objectifs planifiés de l'État. Cette possible discrépance révèle en même temps qu'elle découle de la nature pluraliste du système de santé (multiples acteurs, intérêts divergents, interdépendance et pouvoir diffus). Ce constat encourage à revoir la gouvernance du système sous l'angle de la mise en oeuvre, par les différentes parties prenantes, de mécanismes d'influence visant à infléchir l'action collective, à faire converger l'action des acteurs impliqués dans le sens d'un projet spécifique. Ceci implique pour l'État l'élargissement du spectre des instruments qu'il doit utiliser, la négociation, la persuasion et la coopération s'avérant plus efficaces que la coercition dans de tels contextes. Ainsi, la participation de l'État à la gouvernance du système de santé se développe au fil de ses interventions et ses interactions avec les acteurs impliqués dans un secteur particulier. Comment l'État intervient-il pour réguler les nombreux développements de services émergeant de l'introduction de nouvelles technologies ? Quelles sont les limites de son action ?

Cette présentation porte sur un projet de recherche visant à mieux comprendre comment se développent les modalités selon lesquelles l'État participe à la gouvernance d'un secteur d'activités émergeant du développement de nouvelles technologies. Un modèle conceptuel intégrant notamment les notions d'instruments de gouvernance à certains éléments du constructivisme structuraliste de Bourdieu est appliqué au secteur de la génétique médicale au Québec afin de reconstituer l'évolution historique des processus d'interaction (action de gouvernance - réponse) entre l'État et les acteurs concernés par ces technologies. Les méthodes sont qualitatives, prenant la forme d'une étude de cas unique. Les données, provenant essentiellement d'entretiens individuels et de documents, ont été analysées de manière à dresser le portrait historique global avant de les rapporter aux théories employées.

Les résultats préliminaires de cette démarche (théorique et méthodologique) appliquée au secteur de la génétique permettent de mieux comprendre l'évolution des dynamiques d'interaction entre les acteurs, leur impact sur les possibilités d'action gouvernementale et les modalités à travers lesquelles ces possibilités se traduisent concrètement en termes de participation étatique à la gouvernance de ce secteur. Ils permettent aussi une compréhension plus fine du processus de développement des modalités selon lesquelles l'État parvient à participer à la gouvernance d'un secteur d'activités émergeant de nouvelles technologies. Ces résultats informent les décideurs en matière de politiques publiques.

Análise dos efeitos da política de regulação na indução de mudanças do modelo tecnoassistencial do setor privado de assistência à saúde. Uma visão das práticas de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar.

Thiago Enrico Massi Werneck, Universidade Federal Fluminense, Brasil. thiagoenrico@yahoo.com.br

Resumo

Este estudo analisa os efeitos da política de regulação da assistência à saúde suplementar na indução de mudanças no modelo assistencial praticado no setor. A pesquisa sobre os Programas de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar tem uma importância fundamental, pois se trata de investigar a tendência mundial de adotar novas modelagens de cuidado, para fazer frente aos

altos custos de sua produção. Diversas iniciativas têm sido adotadas nesse cenário, entre elas a indução pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para implantação de Programas de Promoção e Prevenção pelas empresas privadas de planos de saúde, tendo poucos estudos que investigam estes programas no âmbito da saúde suplementar. Este sentido de incorporação tecnológica adotado se apresenta, no cenário de produção do cuidado, como uma novidade, já que os esforços realizados até momento, em nível da reestruturação produtiva na saúde que ocorre no Brasil, não têm conseguido se deslocar no núcleo epistemológico e de práticas que configuram o modelo médico hegemônico, mais centrado na produção de procedimentos, do que num modo de produção do cuidado que tem por base o atendimento às necessidades reais dos beneficiários, que demandam, além de procedimentos, relações acolhedoras e espaços de fala, escuta e troca no ato de cuidar. Embora a própria ANS venha realizando alguns estudos de grande monta para avaliar estes programas, faz-se necessário aprofundar a observação destes dispositivos em sua operação micro-política, bem como os impactos que eles têm produzido no modo de produção do cuidado. Na metodologia adotada pelo estudo são utilizadas, de forma complementar, estratégias quantitativa e qualitativa, sendo a primeira a partir de dados informados pela ANS que propiciaram a escolha de uma amostra intencional para o segundo estudo, qualitativo. Do ponto de vista técnico, todo o processo qualitativo busca vigilância interna através da triangulação de métodos como prova eficiente de validação. O presente estudo traz importantes subsídios para os vários atores e instituições envolvidas na saúde suplementar e nos programas, incluindo as equipes de saúde, operadoras de planos de saúde, beneficiários, ANS e Ministério da Saúde. Elucida principalmente o grau de efetividade das estratégias adotadas quanto à indução de mudanças do modelo de assistência à saúde no setor suplementar, rumo a um modelo de cuidado e colaborando assim com a implementação de políticas para a saúde suplementar que incentivem o desenvolvimento de práticas de cuidado referenciadas na necessidade social, colaborando com a melhoria das ações assistenciais e operativas de todo o setor.

Les technologies de l'information et des communications pour soutenir les professionnels de la santé: une revue systématique de leurs effets sur le recrutement et la rétention.

Amélie Trépanier, Centre de recherche du CHUQ, Hugo Pollender y Marie-Pierre Gagnon, Québec. Amelie.Trepanier@crchuq.ulaval.ca

Résumé

Contexte et description du problème

La pénurie d'effectifs dans le secteur de la santé constitue un problème d'envergure pour plusieurs pays, et ce, particulièrement dans les régions éloignées. Ce problème a des répercussions majeures sur l'accès aux services de santé des populations. Il est donc primordial de développer des stratégies pour optimiser l'emploi des ressources disponibles et concevoir de nouveaux modes de pratique. À cet effet, les technologies d'information et de communication (TIC) ont souvent été proposées comme pouvant avoir un effet positif sur le recrutement et la rétention de la main d'œuvre du secteur de la santé.

Buts et objectifs

Cette synthèse vise à connaître les impacts des interventions utilisant les TIC sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Les deux objectifs suivants sont poursuivis : 1) Étudier l'influence des TIC sur les facteurs de recrutement et de rétention des effectifs du secteur de la santé; 2) Explorer leur influence sur la qualité de vie au travail, la continuité des services ainsi que les occasions de formation continue et de transfert de connaissances.

Méthodologie

Une revue systématique de la littérature a été effectuée afin d'analyser l'impact des TIC sur le recrutement et la rétention des effectifs du secteur de la santé. Nous avons d'abord identifié les études pertinentes par une recherche bibliographique, procédé à l'extraction des données selon une grille structurée, évalué la qualité des études et fait la synthèse des résultats. Une deuxième phase (en cours) permettra de valider les résultats de la revue systématique auprès des décideurs afin d'en évaluer la pertinence pour soutenir leurs prises de décisions.

Résultats

Sur un total de 2225 publications identifiées au départ, 13 études s'échelonnant de 1993 à 2007 et provenant de 5 pays (dont 6 du Canada) ont été retenues. Les études concernent divers

professionnels de la santé et abordent plusieurs applications des TIC dans des milieux ruraux, urbains et périphériques. Sur les 13 études recensées, 3 défendent que les TIC n'ont pas d'effet sur la rétention, recrutement et la satisfaction au travail chez les professionnels de la santé, alors que les 10 autres relèvent des effets positifs des TIC, tels que briser l'isolement professionnel, améliorer la qualité de vie et la satisfaction au travail et permettre la formation continue.

Conclusion

Cette synthèse révèle que les connaissances actuelles font défaut quant à l'impact réel des TIC sur les différents aspects reliés au travail des professionnels de la santé.

Le réseau d'informatique médicale e-toile à Genève: éthique et technique au service de la qualité des soins et de l'accès du patient à son dossier médical.

Adrien Bron, DARES et Marie Da Roxa, Suisse. adrien.bron@etat.ge.ch

Résumé

Description: La communication présentera le projet pilote e-toile, qui entre dans une phase opérationnelle en été 2010. Le réseau e-toile permet de partager les informations relevant du dossier médical d'un patient entre plusieurs prestataires de soins (dossier réparti partagé). L'originalité du système est de permettre au patient, dans un dialogue avec un médecin de confiance, de définir lui-même les droits d'accès à son dossier médical. En ce sens, il dépasse l'obstacle important de la protection des données, qui s'oppose à tout partage multilatéral d'information médicale. Par un contrat de partenariat public-privé, le Canton de Genève a réalisé, depuis l'automne 2009, le système informatique qui permet cette gestion différenciée et décentralisée des droits d'accès ainsi que l'identification sécurisée des patients. Le lancement dans quatre communes pilote a lieu cet été.

Ce partage d'information entre professionnels de la santé permet d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge médicale. Il permet également "l'empowerment" du patient par un accès direct à son dossier ainsi qu'aux informations de santé pertinentes le concernant. Il ouvre enfin la voie à de considérables simplifications des processus, tant au niveau administratif qu'au niveau de l'itinéraire clinique. Concrètement, au-delà du simple partage d'information, le réseau e-toile permet par exemple: la e-prescription, la gestion de tableaux de bords partagés pour la prise en charge des malades chroniques, le suivi des patients à domicile, la transmission simplifiée de résultats de laboratoires.

La communication exposera les objectifs du projet, les modalités particulières de sa réalisation (PPP), les modalités d'utilisation du système ainsi que les critères d'évaluation du projet pilote en vue de son déploiement plus large.

Viernes 3 de Septiembre

SESION 13

12:30 – 14:00

Información y gestión en salud

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

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

olivier.demers-payette@umontreal.ca

Résumé

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

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

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

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

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

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

Daniel Henao, Universidade Federal Fluminense, Brasil. foucolt19@gmail.com

Resumo

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

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

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

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

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

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

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

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

Pedro López Puig, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, Laura B. Ramírez León, Cuba y Ecuador, plp@ensap.sld.cu

Resumen

Objetivos:

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

Contexto y descripción del problema:

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

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

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

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

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

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

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

Resultados y la discusión sobre lo expuesto:

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

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

Núria Sabaté, Institut Català de la Salut, Carlos Civit Llord, Isabel Plaza Espuña y Rafael Ruiz Riera. Institut Català de la Salut, España. nsabate.bcn.ics@gencat.cat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SESION 14

12:30 – 14:00

Actores de los servicios de salud

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

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

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

José Manuel Rangel Esquivel, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
josemre@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

SESSION 15

12:30 – 14:00

Condiciones de trabajo en salud

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

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

Resumo

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

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

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

Jean-Pierre Escaffre, IFSIC, Université de Rennes 1, Frédérique Quidu, M. Personnic, M. Quillere, A.C. Forget y A. Megret, France. jescaffr@irisa.fr

Résumé

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

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

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

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

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

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

Tulio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Cláudia March y Luciana Narciso, Brasil. tuliofranco@gmail.com

Resumo

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

SESION 16

12:30 – 14:00

Formación en Recursos Humanos en salud I

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

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

Resumo

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

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

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

Marcelo da Silva Alves, Universidade Federal de Juiz de Fora, Edna Aparecida Barbosa de Castro y Cristina Arreguy de Sena, Brasil. enfermar@oi.com.br

Resumo

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

SESION 17

12:30 – 14:00

Políticas de salud y organización de los servicios de salud

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

Resumo

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

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

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

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

Federalismo fiscale in sanità: nuove prospettive?

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

m.deangelis@univpm.it

Riassunto

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

Obiettivi della ricerca:

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

Descrizione del problema e del contesto:

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

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

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

Risultati:

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

Identidades de género e intento de suicidio.

Ángela Beatriz Martínez G., Universidad Autónoma Metropolitana, México.
angelabeatrizma@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

SESION 19

15:00 – 16:30

Equidad, calidad y eficiencia de la atención

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

Sergio Horis Del Prete y Patricio Alvaro, Argentina. sergiodelprete@hotmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

SESION 20

15:00 – 16:30

Actores en los servicios de salud II

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

Pernelle Smits, GRIS-Université de Montreal y Silvia Gascón, Québec y Argentina.
Pernelle.smits@umontreal.ca

Resumen

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

Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

La Queja Médica y los Sistemas de Salud.

Germán Fajardo Dolci, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

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

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

SESION 21

15:00 – 16:30

Itinerários do Trabalho e a Micropolítica do cuidado em saúde

Presidente : Ana Abrahão, Universidade Federal Fluminense, Brasil. abrahaoana@gmail.com

Resumo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A proposta de sessão encontra correspondência em dois temas:

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

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

Tulio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Emerson Elias Merhy y André Amorim Martins, Brasil. tuliofranco@gmail.com

Resumo

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

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

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

Ana Abrahão, Universidade Federal Fluminense y Luan Carpes Barros Cassal, Brasil.
abrahaoana@gmail.com

Resumo

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

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

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

Ana Maria Malik, Fundação Getulio Vargas, Maria Laiz Athayde Marcondes Zanardo y Aline Yukimitsu, Brasil. ana.malik@fgv.br

Resumo

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

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

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

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

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

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

Ana Abrahão, Universidade Federal Fluminense, Brasil. abrahaoana@gmail.com

Resumo

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

SESION 22

15:00 – 16:30

Formación y ética en salud

Ética de la responsabilidad frente a la toma de decisiones.

María de la Luz Sevilla González, Escuela superior de Medicina y Nelson Eduardo Álvarez Licona, México

La Bioética en la formación del Educador para la Salud.

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

Camila Pereira Abagaro, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Odalis Zarate García, México. camila.abagaro@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica no Brasil.

Reinaldo Sergio Hamamoto, Fundação Getúlio Vargas/EAESP y Ana Maria Malik, Brasil. reinaldohamamoto@gvmail.br

Resumo

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

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

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

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

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

SESSION 23

15:00 – 16:30

Sistemas de Salud Nacionales

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

*Gloria Carmona Clavijo, Universidade Federal Fluminense, Brasil y Peru.
gloriacarmona.c@gmail.com*

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

Santé 2015: pour une perspective horizontale en santé.

Bárbara Curcio Rubertini, Istituto di Igiene, Università di Bologna, Tiziano Carradori, Tiziana Lavalle, Maria Pia Fantini, Robert H. Desmarteau, Régis Barondeau y Valentina Di Gregori, Italia, Québec. barbara.curcio4@unibo.it

Résumé

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

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

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

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

Résultats : on va discuter trois niveaux de résultats:

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

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

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

Silvone Santa Barbara da Silva Santos, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Cristina Maria Meira de Melo y Clemence Dallaire, Brasil. silvone.s@hotmail.com

Resumo

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

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

SESION 24

15:00 – 16:30

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

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

Angeles Sanchez Bringas, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco y Carmen Rincón, México. sanchezb@correo.xoc.uam.mx

Resumen

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

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

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

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

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

Lina Rosa Berrío Palomo, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México. linaberrio@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

Mirna Cruz Ramos, Universidade Federal da Bahia UFBA, Brasil

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

*Susana Collado, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México.
sarina94@hotmail.com*

Resumen

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

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

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

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

Mortalidad materna y Seguro Popular.

Daniela Francisca Díaz Echeverría, Centro de Análisis e Investigación A.C., México.
genero@fundar.org.mx

Resumen

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

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

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

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

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

SESION 25

17:00 – 18:30

Modelo de Calidad en Andalucía: Estrategias de Desarrollo

Modelo de Calidad en Andalucía: Estrategias de Desarrollo.

Antonio Torres, ACSA, España

Modelo de Acreditación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Diego Núñez, ACSA, España

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

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

SESION 26

17:00 – 18:30

Reformas del sector salud

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

José Asua, Departamento de sanidad del gobierno vasco, País Vasco. jasua@ej-gv.es

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfoque de la implementación de este cambio:

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

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

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

Análise da implantação da Reforma Sanitária na Bahia.

Joana Molesini, Escola de Enfermagem da UFBA y Cristina Maria Meira de Melo, Brasil.
jmolesini@hotmail.com

Resumo

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

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

Yajaira Fernández Ávila, Universidad Central de Venezuela. Escuela de Salud Pública. Venezuela.
yajairafernandezavila@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

SESION 27

17:00 – 18:30

La salud de los migrantes

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

Norberto de Almeida Duarte, Fundação Getulio Vargas / EAESP y Álvaro Escrivão Junior, Brasil.
norbert@uai.com.br

Resumo

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

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

Patricia Mercado Salgado, Universidad Autónoma del Estado de México y Margarita Bahena Brito, México. pat_mersal@yahoo.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

SESION 28

17:00 – 18:30

Políticas de medicamentos

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

André Cote, Université Laval y Bernard Keating, Québec

Résumé

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

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

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

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

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

Tulio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Resumo

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

SESSION 29

17:00 – 18:30

Experiencias Nacionales en Sistemas de Salud

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

Amélia Cohn, Universidade Católica de Santos y Rosa Maria Ferreiro Pinto, Brasil.
amelcohn@uol.com.br

Resumo

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

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

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

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

Riassunto

Contesto: Il Progetto MACONDO (MANTenere il CONtrollo del DOlore) nasce sul tavolo di coordinamento del Programma Ricerca & Innovazione della Regione Emilia Romagna.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

José Miranda Gómez, Instituto de Salud Includente -ISIS-, Guatemala y Carolina Tetelboin Henrion, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco -UAM-X-, México. chepemiranda@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

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 quieren 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 María 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 entre 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 psicosomáticos 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 los servicios de salud de las instituciones de educación superior de Colombia, al volverlos “amigables”, 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 esta en etapa de experimentación y es susceptible a diferentes riesgo, 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 facilita 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 basar 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 Lépez, 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.