

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 Mackevicius 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 exantematica 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 Alfapeguinterferon-2a em terapia combinada com ribavirina e alfapeguinterferon-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) alfapeguinterferon-2a em terapia combinada com a ribavirina; 2) alfapeguinterferon-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 Alfapeguinterferon 2a apresenta uma melhor eficiência, com uma redução de 19% nos gastos vis à vis o uso do Alfapeguinterferon 2b. Como não foram encontradas diferenças significativas entre a efetividade dos dois Alfapeguinterferons, 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 (efficience) 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. Con 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 desarrollaron-se 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 la Bahia, 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 en 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 oficinas 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 crónico-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. isablanco3@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 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, ACDSP Barcelona, España. rosperpg@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 igualitariamente 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.

Luís 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 derivadas. Las incertidumbres identificadas para el diagnóstico y el tratamiento inicial del DLFK tienen repercusiones sobre la experiencia de los pacientes y pueden constituir obstáculos para poner en práctica estas intervenciones. La complejidad del contexto clínico obliga a los profesionales a un proceso de reconstrucción de nuevos órdenes negociados. Así, las diferencias importantes están ligadas al enfoque clínico adoptado para cada una de estas enfermedades. La búsqueda de consensos clínicos está ligada a la confianza que prevalece entre los diferentes profesionales llamados a cooperar. Las dinámicas que tienen lugar en este proceso permiten identificar los retos planteados por la integración de las prácticas clínicas para el seguimiento de pacientes afectados por 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. ajimenez@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'œuvre (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 Maîtrise 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 n'a été plus approprié que le Web 2.0 qui peut être vu comme un investissement technologique mais aussi comme une solution d'efficacité 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. À débiter des 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 déclenche un profond transport du côté des étudiants, qui sont prêts 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 dans différents lieux de travail. La synthèse pour la discussion finale est facilement partagée de les étudiants.

Résultats : on a ouvert une discussion sur l'utilisation de ces instruments avec les Unités Locales de Santé, la région 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.

SESSION 7

17:00 – 18:30 Salon 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 échantillonnel 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

compreender 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 Broggioy 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 hospitalieras que permita de responder al mejor a sus necesidades.

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 Espuña 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 monoaminooxidasa (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 Secretaría 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 émergeant 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 discrédance 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.