Pre-Conferencia Regional Health Systems Global

en preparación al VI Simposio Mundial
"Re-imaginando los sistemas sanitarios
para mejorar la salud y la justicia social"

MÉXICO

8 de enero, 2020
Unidad de Posgrado,
Ciudad Universitaria (UNAM)
Ciudad de México

Instituciones participantes

Instituciones convocantes

Health Systems Global
http://healthsystemsglobal.org/

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM)
http://www.eneo.unam.mx/index.php

Universidad Nacional Autónoma de México
https://www.unam.mx/

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud
https://www.cipps.unam.mx/

Instituto Nacional de Salud Pública
https://www.insp.mx/

Organización Panamericana de la Salud
https://www.paho.org/hq/?lang=es

Instituciones adherentes

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
http://escuelademedicina.tec.mx/

Instituto de Ciencias de la Salud
https://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/

hsr2020

Presentación

Simposio Global
Health Systems Global 2020 en Dubai

Health Systems Global (HSG) es la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud que convoca cada dos años a referentes académicos, tomadores/as de decisiones de política sectorial y miembros de la sociedad civil a participar en su Simposio Global.

Luego de los encuentros de Montreux 2010, Beijing 2012, Cape Town 2014, Vancouver 2016 y Liverpool 2018, Dubai 2020 fue elegida como la próxima sede del encuentro mundial. En esta ocasión, el eje temático principal es "Re imaginando los sistemas sanitarios para mejorar la salud y la justicia social".

Dentro de este marco, se organizó un **ciclo de pre-conferencias de HSG para la región de las Américas, o**rientadas a abrir el intercambio regional sobre las temáticas de sistemas y servicios de salud, en preparación al encuentro global de Dubái.

Pre-conferencias nacionales

La organización de este **segundo Ciclo de Pre-Conferencias en las Américas** tuvo como motivación principal la necesidad de potenciar el debate sobre el diseño y la implementación de políticas orientadas a alcanzar sistemas y servicios de salud más equitativos y efectivos, aportando una perspectiva desde Latinoamérica y el Caribe. Ello permite enriquecer la discusión global con los debates, la investigación y las experiencias del subcontinente.

El propósito de estos eventos es doble: por una parte, busca generar espacios de intercambio nacional sobre experiencias y visiones transformadoras que alimenten un debate necesario sobre los sistemas de salud, procurando, en su conjunto, el desarrollo de espacios regionales a partir de estos intercambios. En segundo lugar, se espera fortalecer a los trabajos seleccionados en cada pre-conferencia para aumentar sus posibilidades de aceptación al momento de ser presentados en el llamado global de resúmenes para el **VI Simposio del Health Systems Global a llevarse a cabo Dubái** en noviembre del 2020, y cuya fecha de cierre es el 6 de febrero del 2020.

Con el propósito de reunir a investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud de México, la propuesta de esta pre-conferencia implica:

*Abrir la convocatoria a un encuentro de investigadores/as y tomadores/as de decisiones en torno a mesas de debate interdisciplinario.

*Estimular la presentación de trabajos de autores/as latinoamericanos/as y del Caribe en la convocatoria abierta del Simposio Mundial en Dubái 2020.

*Fortalecer la presencia latinoamericana en el Simposio Global.

Daniel Maceira, Ph.D.
Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global,
Representante para Las Américas

hsr2020

Comité organizador

Referente Health Systems Global

Daniel Maceira es argentino, Ph.D. en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesor Titular de la Cátedra de Organización Industrial, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (UBA). Asimismo, participa como docente de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad Torcuato Di Tella, de la Maestría en Gestión de Políticas Públicas de FLACSO, y en programas de postgrado en varias universidades provinciales en Argentina. Ha colaborado con una amplia gama de organizaciones, entre ellas el Centro Internacional para el Desarrollo de la Investigación (IDRC) de Canadá; UNICEF; la Gates Foundation; la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco Mundial; la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Agencia Estadounidense para el Desarrollo (USAID); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global para el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis; Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas especializadas nacionales e internacionales, y ha tenido extensa participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica en varios países en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Desde 2016 es Miembro del Executive Board de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud, de la cual es parte del Executive Board, Tesorero y detenta la Silla de las Américas hasta Octubre de 2020.

Referente Institución anfitriona

Gustavo Nigenda, PDH, es actualmente profesor de la escuela nacional de enfermería y obstetricia de la universidad nacional autónoma de México. Tiene el grado de doctor en política social y el grado de maestro en planeación y financiamiento en salud por la universidad de Londres. Sus campos de interés son las reformas del sector salud, los recursos humanos en salud y la salud sexual y reproductiva. Ha sido consultor de diversas instituciones internacionales y gobiernos. Ha publicado extensivamente en los campos de su interés.

Rosa Amarilis Zárate Grajales es Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la ENEO-UNAM, Especialista en Cuidados Intensivos, Licenciada en Administración por la UAM-Xochimilco y Maestría en Investigación y Desarrollo de la Educación por la Universidad Iberoamericana, Candidata a Dra. En Administración Pública por el IESAP., es Profesor de Carrera de Tiempo Completo en la ENEO-UNAM. Fue Jefa de la División de Estudios de Posgrado ENEO-UNAM del 2004 al 2011. Coordinadora de Investigación en esta Dependencia desde abril del 2011 y Directora del Centro Colaborador de OMS/OPS/ENEO desde 2007 a la fecha. Directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de febrero de 2019-2023. Es autora de más de 45 publicaciones en Revistas Nacionales con arbitraje y cuatro publicaciones internacionales en revistas indexadas.

Cecilia Acuña es chilena, obtuvo el título de Médico-Cirujano en la Universidad de Chile, un Diplomado en Administración de Servicios de Salud en la misma Universidad y una Maestría en Gobierno de Instituciones Sanitarias en la Universidad de Cataluña. Adicionalmente completó el plan de estudios correspondiente a la Maestría en Ciencias Médicas con Mención en Neurobiología y Ciencias de la Conducta de la Universidad de Chile y recibió entrenamiento clínico en Toxicología Clínica en el Hospital de Kumamoto, Japón y en la Universidad de la República de Uruguay. En 2000 inicia su carrera en la Organización Panamericana de la Salud, ocupando puestos en Haití y Ecuador. En enero de 2017 la Dra. Acuña asume el cargo de asesora de Sistemas y Servicios de Salud en la oficina de OPS/OMS en México, responsable de coordinar y ejecutar las actividades de cooperación técnica en esta área para todo el país.

Héctor Carrasco es un médico y profesional de salud pública con un gran interés en el fortalecimiento de sistemas de salud y la bio-política (una política por la vida) a través de la organización comunitaria y la academia. Después de la escuela de medicina, Héctor trabajó en la sierra de Chiapas durante más de tres años como coordinador de programas para PIH México. Posteriormente recibió la beca más prestigiosa de Johns Hopkins para hacer una maestría en salud pública, donde se enfocó a hacer investigación en programas de salud comunitaria con la Organización Mundial de la Salud. Actualmente, Héctor está en su último año de Doctorado en Salud Pública en la Escuela Harvard T.H. Chan de Salud Pública. Su disertación está dirigida a crear el primer Instituto de Equidad en Salud Global de Latinoamérica en el Tecnológico del Monterrey

José Alberto Muños Hernández, Es licenciado en Matemáticas, Maestro en Demografía y Doctor en Ciencias en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud. Ha colaborado como catedrático CONACYT- adscrito al CIESAS Pacífico Sur y como investigador en ciencias médicas en el Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente se desempeña como investigador en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Las líneas de investigación incluyen temas demográficos como la mortalidad y morbilidad de la población indígena, así como de Sistemas de Salud con el tema de Recursos Humanos para la Salud. Contacto: E-mail. amunos@uv.mx / e-mail alterno. jmunos@colmex.mx

Hortensia Reyes Morales. Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con Especialidad en Medicina Familiar, Maestra en Ciencias Médicas y Doctora en Ciencias en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud. Directora General Adjunta del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Investigadora en Ciencias Médicas "F" de los Institutos Nacionales de Salud, Investigadora Nacional Nivel II del Sistema Nacional de Investigadores y Socio Numerario de la Academia Nacional de Medicina. Autora de más de 130 publicaciones en revistas nacionales e internacionales y profesora de los Programas de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud de la UNAM y del INSP, sus áreas principales de investigación son Atención Primaria, Calidad de atención en salud, Evaluación de los servicios y sistemas de salud y Modelos innovadores para los servicios de salud entre otras.

Daniel Bernal es Médico Cirujano y Maestro en Estudios Humanísticos por el Tec de Monterrey, obtuvo el grado de Médico Internista por la UNAM y es Maestro en Política, Planeación y Financiamiento en Salud por la LSHTM y la LSE. Trabajo como Coordinador de Nuevos Paradigmas en Sistemas de Salud en la Academia Nacional de Medicina de México, como Jefe de Hospitalización en el Hospital Nacional de la Cruz Roja en Ciudad de México, fue Director Médico de Salud Cercana (una Start-up de atención primaria a la salud por medio de mHealth), y desde hace 5 años es profesor de cátedra del Tec de Monterrey. Actualmente trabaja para Partners In Health en México como coordinador sub-regional del proyecto OBSERVA TB, financiado por el Fondo Mundial para movilizar a la Sociedad Civil en la lucha contra la Tuberculosis.

Noelia Cabrera es licenciada en sociología por la Universidad Nacional de la Plata y estudiante avanzada de la Maestría en Sociología Económica del Instituto de Altos Estudios Sociales. Desde 2016 se desempeña como investigadora en el Centro de Estudios de Estado en Sociedad (CEDES) en proyectos sobre alimentación y políticas públicas. Es integrante del área de Políticas de Investigación y de Gestión del Conocimiento de la Dirección de Investigación para la Salud (DIS), Ministerio de Salud y Desarrollo Social, donde realiza evaluaciones y asesoramiento metodológico a proyectos de investigación y artículos científicos cualitativos.

Programa de la pre-conferencia en Ciudad de México

II Pre-Conferencia Latinoamericana HSG
en Investigación sobre Sistemas de Salud
Ciudad de México
PROGRAMA

	Título	Autoras/es	Iinstitución
08:30-09:00	Inscripción		
9:00–09:05	Bienvenida del Comité Organizador local	Rosa Zárate Grajales	ENEO-UNAM
09:05-09:15	Misión y estrategia de HSG en América Latina y el Caribe	Daniel Maceira	CEDES & Health Systems Global Board
09:15-09:20	Grupos de trabajo temáticos y voces emergentes en América Latina y el Caribe	Daniel Maceira	CEDES & Health Systems GlobalBoard
	Panel I: Ejes estratégicos para el funcionamiento de los sistemas y servicios de salud		
09:30–11:00	Moderadora: Hortensia Reyes		
	Utilización de herramientas de inteligencia geoespacial para la estimación del acceso espacial geográfico a Unidades de Primer Nivel de Atención en México	D. Choperena Aguilar; A. Ramirez Santiago; O.r Martínez Martínez & C. Acuña Díaz	Secretaria de Salud / INEGI / Oficina en México de la OMS/OPS
	Tendencias de cambio climático y mortalidad atribuible a problemas ambientales en América Latina y El Caribe, entre 1990 y 2017	R: Abeldaño Zuñiga; D. López Cruz; T. Cruz Ramírez & G. Narcizo de Lima	Universidad de la Sierra Sur / Cátedras Conacyt - UNICACH
	Three pathways to move towards Universal Health Coverage in Mexico	H. Carrasco; S. kang; I. Collado & A.González	Tecnológico de Monterrey/ Harvard T. H. Chan School of Public Health
	Effect of Seguro Popular on Financial Protection of Elderly Mexicans	D. Bernal	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey / Compañeros en Salud México
11:00 - 11:30	Coffee Break		
	Panel II: Acceso a Servicios de salud mental		
11:30-13:00	Moderador: Daniel Maceira		
	Modelo de capacitación colaborativo y escalonado para comunidades rurales de La Sierra Madre de Chiapas, México: una oportunidad para la salud mental global en áreas bajos recursos	M. Oscoz Irurozqui; A. López Salinas & F. Rodriguez Cuevas	Compañeros en Salud
	Cuidadoras: Trabajadoras comunitarias de la salud mental en Chiapas rural	E. Valtierra Gutiérrez	Compañeros en Salud
	Viviendo con psicosis donde no hay especialistas de salud mental. Un abordaje comunitario en Chiapas rural.	J. Maza Colli & F. Rodríguez Cuevas	Compañeros en Salud
	Respuesta del sector salud a la conducta suicida en cinco estados de México	R. Valdez-Santiago; E. Marín; M. Hijar; L. Arenas-Monreal	Instituto Nacional de Salud Pública / Escuela de Salud Pública de México /Colegio de Morelos
13:00 – 14:00	Almuerzo		

Programa de la pre-conferencia en Cuidad de México

II Pre-Conferencia Latinoamericana HSG
en Investigación sobre Sistemas de Salud
Ciudad de México

PROGRAMA

	Panel III: Acceso y grupos vulnerables		
14:00 – 15:30	Moderador: Gustavo Nigenda		
	Atención Prenatal en Grupo: un modelo innovador que propicia experiencias positivas durante el embarazo en gestantes mexicanas pertenecientes a grupos más vulnerables	I. Heredia-Pi; E. Fuentes-Rivera; M. Ibañez-Cuevas; Blair Darney	Instituto Nacional de Salud Pública/Oregon Health & Science University
	Fortalecimiento de la planeación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) utilizando Sistemas de Información Geográfica en delegación Tláhuac de la Ciudad de México	C.Acuña Díaz; O. Martínez Martínez & D. Choperena Aguilar	Oficina de Representación de la OMS/OPS en México / Secretaría de Salud
	Estrategias de fortalecimiento al sistema de salud para la atención de las poblaciones indígenas	B. Pelcastre-Villafuerte & S. Meneses-Navarro;	Instituto Nacional de Salud Pública
	Personas mayores indígenas nahua: el discurso y soslayo ante el maltrato	G.Ruelas González & P. Saturno Hernández	Instituto Nacional deSalud Pública
15:30 -16:00	Coffee Break		
	Panel IV: Recursos humanos y gestión de servicios		
16:00-17:30	Moderador: Héctor Carrasco		
	Sistemas de salud y trabajo de enfermeras en México. Un vínculoprecario.	Gustavo Nigenda; Patricia Aristizabal & Edson Servan-Mori	Universidad Nacional Autónoma de México / Instituto Nacional deSalud Pública
	Evaluando la implementación de los servicios amigables para adolescentes: cuánto se invierte y con qué calidad se atienden las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Morelos, México	I. Heredia-Pi;Midian Ibañez-Cuevas; P.Torres-Pereda; J. Montañéz-Hernández & L. Ávila-Burgos	Instituto Nacional de Salud Pública
	Experiencia de enfermeros obstetras en su servicio social rural en Chiapas, México	M. Montaño; R. Molina; G. Nigenda; P. Aristizábal & V. Macías	Compañeros En Salud / Department of Obstetrics and Gynecology, Beth Israel Deaconess Medical Center/ Universidad Nacional Autónoma de México
	Determinantes sociales de salud yembarazo en adolescentes: más allá de la educación sexual	A. Jiménez Peña; C. Ruiz Carranza; C. Hernández Escobar; E. Carrasco Magallanes; E. Nava Guerrero &J. Mendoza Calderón	Tec de Monterrey / Hospital Materno Infantil de Monterrey
17:30 – 18:00	Cierre		

Investigadoras/es y estudiantes interesados en participar, están cordialmente invitados/as al encuentro y debate. La actividad es libre y gratuita, y pueden inscribirse a través del siguiente enlace: https://forms.gle/We7RBMxLh91NXBKD9

hsr2020

hsr2020

ATENCIÓN PRENATAL EN GRUPO: UN MODELO INNOVADOR QUE PROPICIA EXPERIENCIAS POSITIVAS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES MEXICANAS PERTENECIENTES A GRUPOS MÁS VULNERABLES

Ileana Beatriz Heredia-Pi[1]; Evelyn Fuentes-Rivera[1]; Midian Ibañez-Cueva[s1]; Blair Darney[2]
[1] Instituto Nacional de Salud Pública
[2] Oregon Health & Science University

Motivación
La atención prenatal ha demostrado ser efectiva para mejorar los resultados materno-infantiles. La Atención Prenatal en Grupo (APG) es un modelo innovador, que sustituye a la atención individual tradicional, donde la atención ocurre en un contexto grupal, facilitada por proveedores de servicios, con un fuerte componente educativo, en un contexto ampliamente participativo. Durante el periodo 2016-2018, desarrollamos un proyecto de investigación que evaluó la factibilidad de la implementación del modelo de APG en México y adaptó el modelo al contexto nacional.

Objetivo
Describir el proceso de adaptación e implementación del modelo de APG en México y las experiencias de usuarias y prestadores de servicios de salud, identificando las principales barreras y facilitadores de esta experiencia.

Metodología
Estudio de factibilidad en cuatro unidades del primer nivel. Describimos 7 pasos: Aceptación local por parte de las secretarías de salud; entrenamiento de nuestro equipo; adaptación del contenido del modelo al contexto local; selección de sitios; entrenamiento del personal en las unidades; estudio piloto e implementación. Entrenamos 23 facilitadores y reclutamos 133 mujeres, en 11 grupos. Recolectamos información cualitativa y utilizamos la observación participante y notas de campo para identificar barreras y facilitadores de la implementación.

Resultados
Se identificaron altos niveles de satisfacción con la APG entre las gestantes. Observamos mayor involucramiento de las embarazadas en el cuidado y monitoreo de su salud. Los proveedores expresaron que el modelo logra una mejor educación, participación y autoeficacia en las embarazadas e identificaron desafíos en la dificultad para cambiar el modelo de atención jerárquico prevaleciente, por uno más horizontal. Nuestro estudio demuestra factibilidad y aceptabilidad del modelo y se identificaron barreras y facilitadores que deberán ser considerados para futuros escalamientos en México. La APG es aceptada por usuarias y prestadores de servicios, genera experiencias positivas entre las gestantes, aumentando sus habilidades para afrontar un parto seguro.

Trabajos presentados

FORTALECIMIENTO DE LA PLANEACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) UTILIZANDO SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN DELEGACIÓN TLÁHUAC DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Cecilia Acuña Díaz[1]; Oscar Martínez Martínez[1] & Daniel Choperena Aguilar[2]
[1] Oficina de Representación de la OMS/OPS en México
[2] Secretaría de Salud

Motivación
En respuesta a la solicitud de apoyo de la Dirección de Planeación y Evaluación de la Dirección General de Diseño de Políticas, Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para identificar las oportunidades perdidas y definir cuáles serán las nuevas funciones de los hospitales de la red que responderá a las necesidades de la población.

Objetivos
Contribuir con insumos para la toma de decisiones en la reestructuración de la red de servicios de salud coordinados e integrales que se encuentran disponibles para la población de la ciudad de México a través de hospitales pediátricos.

Métodos
Se realizó minería de datos de los registros únicos de las atenciones de urgencias, egresos hospitalarios y consulta externa, caracterizando las necesidades de la población a través de la medición de necesidades expresadas en la utilización de servicios asistenciales agrupando los códigos CIE10 por subgrupos. Se calculó la utilización de recursos hospitalarios, distribución de recursos con relación a la población de responsabilidad. Se compararon los horarios de mayor utilización de los servicios de urgencias; así como, el promedio de días de estancia por causa y grupos de edad. Se determinó la complejidad de los hospitales por su perfil de egreso (días de estancia hospitalaria y proporción de egresos de subespecialidad).

Resultados
Se identificó la subutilización sistemática de recursos hospitalarios, al analizar el promedio de días de estancia se identificó que el mismo diagnóstico en un hospital puede significar hasta 2.3 veces más días de cama de hospital; haciendo referencia a los egresos debidos a Influenza y neumonía donde el Hospital Iztapalapa tiene una estancia media de 8.25 días en 188 casos contra 3.56 días de estancia en 210 casos en el hospital Tacubaya. El realizar minería de datos y el análisis descriptivo de los registros de urgencias, egresos hospitalarios y motivos de consulta de unidades de la misma denominación administrativa permite identificar distintos patrones de utilización de los servicios por la población y emitir recomendaciones para una mejor la organización de los servicios de salud y contribuir a no dejar a nadie atrás.

ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO AL SISTEMA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte & Sergio Meneses-Navarro
Instituto Nacional de Salud Pública

Motivación

Los pueblos indígenas de México registran sistemáticamente los mayores niveles de pobreza y desigualdad social respecto a los no indígena. Esto se expresa en importantes brechas en los indicadores de bienestar, como los de salud, educación e ingreso. Estos rezagos y desigualdades son determinados por mecanismos sistemáticos de exclusión social. Las instituciones públicas, como las de salud y educación, no escapan al efecto de estos mecanismos de exclusión y los reproducen. Nuestro equipo de investigación ha propuesto, diseñado e implementado una intervención con el propósito de disminuir las barreras sociales y culturales, para el acceso de la población indígena a los servicios públicos de salud y fortalecer las competencias técnicas e interpersonales para la gestión y provisión de servicios de salud.

Objetivo

Discutir las bondades del programa formativo "Habilidades y herramientas para la atención intercultural en los servicios de salud".

Método

se trata de una estrategia de acción afirmativa, dirigida a pasantes de medicina, enfermería y prestadores de servicios de salud en general, encaminado a fortalecer sus competencias para brindar atención en salud de calidad, con sensibilidad intercultural y de género. El programa hace énfasis en la salud sexual y reproductiva (SSR) y se fundamenta en la comprensión de las estructuras sociales determinantes de desigualdad, como son la construcción de género, la condición étnica y la clase social. La intervención pedagógica tiene una duración de 60 horas, parte de un enfoque de derechos e incluye componentes teórico-prácticos en modalidad presencial sobre desarrollo de competencias interculturales, trato digno y calidad en los servicios de salud, consejería anticonceptiva y herramientas para el desarrollo de proyectos con perspectiva intercultural.

Resultados

Se presentan los principales resultados de las actividades pedagógicas que se han implementado en los estados de Chiapas, Morelos, Chihuahua y Puebla. Técnicas pedagógicas constructivistas y vivenciales, promueven la deconstrucción del habitus médico, enfatizando las construcciones que violentan y discriminan a las mujeres, los indígenas y sectores pobres. A partir de esta reflexión se ejerce una auto vigilancia del proceder del personal en la atención de la población indígena, para evitar la expresión de los efectos de las estructuras de desigualdad

PERSONAS MAYORES INDÍGENAS NAHUA: EL DISCURSO Y SOSLAYO ANTE EL MALTRATO

Guadalupe Ruelas González & Pedro Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública

Objetivo
Analizar la percepción del maltrato en personas adultas mayores indígenas Nahua y brindar apoyo Biopsicosocial.
Problemática: Los ancianos indígenas nahua, son susceptibles al maltrato y discriminación.

Métodos
Se realizaron entrevistas semiestructuradas personas mayores indígenas hablantes de lengua náhuatl, contactados en servicios de salud de Morelos. Se exploró percepción del maltrato y técnicas de bienestar psicosocial. El análisis basado en procedimientos de teoría fundamentada y utilizó Atlas. Ti 7.1.

Resultados
El maltrato es asociado como regaño, discriminación y/o exclusión. Se presenta en casa por exigencia o reclamo, en servicios de salud por mala calidad de atención, y en calle por discriminación cultural y etaria. Ocurre porque "ya somos grandes", "no necesitados", "falta de cariño" o porque "está enojado" o "tiene problemas psicológicos". El principal psicológico/ emocional. Las consecuencias: tristeza, depresión, suicidio, "azúcar en la sangre". Se puede evitar "desde uno mismo" teniendo autocontrol, "tener calma", "educarnos y respetar" y con el arrepentimiento del maltratador y de la víctima. Se generó libro de bienestar psicosocial para maltrato.

Discusión, conclusión
La persona mayor indígena enfrenta el envejecimiento ante una sociedad que practica la marginación social ocasionando una autoestima en decadencia. Sin embargo, encuentran algunas herramientas, dentro de su persona, para enfrentar el maltrato. Estos hallazgos permiten generar intervenciones (Biopsicosociales) para una mejor atención del adulto mayor indígena maltratado, dada la escasa información al respecto.

Palabras clave: Personas mayores, indígenas, percepción maltrato, violencia, calidad atención.

Trabajos presentados

SISTEMAS DE SALUD Y TRABAJO DE ENFERMERAS EN MÉXICO. UN VÍNCULO PRECARIO

Gustavo Nigenda[1;] Patricia Aristizabal[1] & Edson Servan-Mori[2]
[1]Universidad Nacional Autónoma de México
[2] Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción
México experimenta una baja disponibilidad de enfermeras en su sistema de salud. En años recientes el número de enfermeras entrenadas en diferentes niveles, pero especialmente en las universidades, ha aumentado de manera importante. Este aumento plantea a futuro la posibilidad de dotar unidades de salud en las diferentes instituciones y a través del territorio nacional de enfermeras altamente capacitadas. Sin embargo, históricamente los indicadores de desempleo y subempleo han mostrado la incapacidad de las instituciones de reclutar en proporciones adecuadas el recurso disponible de enfermería y a estos indicadores se les suma uno más, la precariedad laboral.

Objetivo
El propósito del estudio es explorar cuantitativamente las dimensiones de la precariedad en México en los últimos tres lustros.

Métodos
Se utilizó la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de México, fuente oficial para la estimación de los datos laborales en el país. Se estimaron los niveles de precariedad laboral total y por cada una de las siguientes 5 dimensiones: a) tipo de contrato, b) horas laborales, c) ingresos, d) seguro de salud, e) otros beneficios de ley. Se construyó una tendencia secular de los indicadores y se estimó la dispersión de la precariedad a través del territorio nacional.

Resultados
La precariedad laboral total de las enfermeras se incrementó en México en 17 puntos porcentuales entre 2001 y 2018. El nivel de mayor precariedad creció 65% en ese período. La dimensión que mayor incremento experimentó fue los ingresos por debajo de dos salarios mínimos con 66% en el período. Para 2001, sólo 7 estados tenían nivel de precariedad 5 (el más alto) y para 2018 eran 17 estados.

Discusión
La precariedad laboral entre las enfermeras mexicanas es un fenómeno que ha sido cuantificado por primera vez y muestra una dimensión inexplorada del deterioro de las condiciones laborales de este grupo en el país. Durante el período analizado la precariedad laboral creció de manera importante siendo las horas trabajadas la dimensión de mayor crecimiento. La expansión del fenómeno se documentó a nivel nacional. La política de Recursos Humanos en Enfermería en el país debe considerar a la precariedad como un obstáculo para el desempeño adecuado de las enfermeras en el sistema de salud.

EVALUANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES: CUÁNTO SE INVIERTE Y CON QUÉ CALIDAD SE ATIENDEN LAS NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN MORELOS, MÉXICO

Ileana Beatriz Heredia-Pi;Midian Ibañez-Cuevas; Pilar Torres- Pereda; Julio César Montañéz-Hernández & Leticia Ávila-Burgos
Instituto Nacional de Salud Pública

Motivación

Prevenir el embarazo adolescente es una estrategia clave para mejorar los resultados materno-infantiles. Con este propósito, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido recomendaciones y guías entre las que destaca la implementación de servicios de salud orientados especialmente para las y los adolescentes, bajo un modelo de atención conocido como "servicios amigables".

Objetivo

Realizar una evaluación de la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR), orientados a adolescentes, pertenecientes a los Servicios de Salud de Morelos.

Metodología

Estudio descriptivo con aproximación metodológica mixta de tipo concurrente. El componente cuantitativo utilizó las bases de datos de cuentas en salud reproductiva para el periodo (2003-2015), a partir de las cuales se estimó el gasto público en Salud Materna (SM) y Planificación Familiar (PF) para este grupo poblacional, a nivel estatal. El componente cualitativo, analizó entrevistas semiestructuradas a usuarios, y personal de salud en 11 unidades del primer nivel de atención que implementaban este modelo de atención, para identificar las barreras y facilitadores de la implementación, de esta estrategia integrando las perspectivas de ambos actores. Se realizó análisis de contenido temático, a partir de las categorías analíticas definidas a priori, buscando indagar en la experiencia de los sujetos respecto a los servicios de salud amigables para adolescentes.

Resultados

La inversión pública en SA y PF presentó un incremento sostenido en el periodo analizado. La mayor proporción del gasto se destinó a la atención del embarazo, parto y sus complicaciones. Sólo cuatro de las once unidades de salud incorporadas al estudio cumplían con los criterios de amigabilidad requeridos para la atención de los adolescentes. Los facilitadores identificados fueron: atención por personal joven, alto interés mostrado por el personal, cortos tiempos de espera, privacidad del lugar de atención y el tiempo de consulta suficiente. Como barreras se identificaron: la atención en la sala de espera, comentarios ofensivos de los proveedores y desinterés del personal por aclarar las dudas. Aunque en la mayoría de los establecimientos visitados el servicio resultó fácilmente accesible, la oferta debe fortalecerse para cumplir con las características de amigabilidad, definidas en el modelo la OMS.

Trabajos presentados

EXPERIENCIA DE ENFERMEROS OBSTETRAS EN SU SERVICIO SOCIAL RURAL EN CHIAPAS, MÉXICO

Mariana Montaño[1]; Rose Molina[2]; Gustavo Nigenda[3]; Patricia Aristizábal[3] & Valeria Macías[2]
[1] Compañeros En Salud
[2] Department of Obstetrics and Gynecology Beth Israel Deaconess Medical Center
[3]Universidad Nacional Autónoma de México

Motivación

En 2016 la legislación en salud de México permitió a los Licenciados en Enfermería y Obstetricia (LEO) la atención obstétrica de bajo riesgo, por primera vez en décadas, para focalizar su participación en el primer nivel de atención. Diversas experiencias de su participación se han desarrollado desde entonces. Compañeros en Salud (CES) es una asociación que colabora con la Secretaría de Salud y dota con personal y recursos el Hospital Básico Comunitario de Ángel Albino Corzo (HBCAAC). Mediante el programa de servicio social, los LEO tienen la oportunidad de cambiar el modelo de atención obstétrica hacia un modelo basado en evidencia y respetuoso. El programa provee supervisión, formación continua teórico-práctica, recursos clínicos y estrategias de mejora de la calidad.

Objetivo/Metodología

Documentar la percepción de la experiencia que vivieron los LEO al integrarse como proveedores directos en el HBCAAC durante su servicio social. Se realizó un estudio cualitativo, fenomenológico, mediante dos grupos focales en los que participaron 5 pasantes LEO, uno al inicio del programa en julio 2016 y otro al finalizarlo, en julio 2017. Se codificó la transcripción a través de un proceso inductivo.

Resultados

Se documentaron cambios en las experiencias de los pasantes entre el primer y segundo grupo focal. En el primero comentaron la interacción limitada que tuvieron con pacientes y la imposibilidad de poner en práctica su formación teórica antes del servicio social. En el segundo grupo comentaron sobre la oportunidad que tuvieron para ejercer su profesión y desarrollar su juicio clínico, dieron ejemplos concretos sobre cómo mejoraron el trabajo en equipo, la comunicación y apoyo a pacientes. Después del año de servicio sus planes a futuro cambiaron, reforzando su interés por practicar la obstetricia en el primer nivel. Algunos temas que resaltaron en ambos grupos fueron: su rol poco conocido, el ambiente jerárquico y las barreras institucionales que vivieron.

Este programa muestra que es factible que los LEO se incorporen en el primer nivel. Necesitan contar con el respaldo institucional a nivel local, estatal y federal para que su rol profesional sea reconocido y existan espacios clínicos dónde puedan ejercer de forma autónoma para impulsar una atención de calidad.

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES: MÁS ALLÁ DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Andrea del Carmen Jiménez Peña[1]; Cynthia Alejandra Ruiz Carranza[1]; Claudia Eugenia Hernández Escobar[1]; Edgardo Carrasco Magallanes[1]; Eduardo Noé Nava Guerrero[2] & Jessica Geovanna Mendoza Calderón
[1] Tec de Monterrey
[2] Hospital Materno Infantil de Monterrey

El embarazo en adolescentes es un problema social preocupante asociado a múltiples factores: pobreza, acceso limitado a prospectos de educación y empleo, poca disponibilidad de anticonceptivos, presión por parte de las familias y la sociedad para el matrimonio y la procreación o inclusive, pocas opciones para la negación ante relaciones sexuales forzadas o por coerción; entre otras.
Se ha convertido en un problema poblacional que amplía brechas sociales y de género y que influye en el proyecto de vida de las adolescentes, en su desarrollo personal, derechos y libertad.
Con el objetivo de entender mejor esta situación se realizó un estudio en el Hospital Regional Materno infantil de Nuevo León; donde el propósito fue conocer mejor los determinantes sociales asociados al embarazo en adolescentes, con la finalidad de crear intervenciones efectivas para disminuir este problema.
El estudio fue observacional prospectivo. Se realizó una entrevista a 300 embarazadas menores de 19 años. La entrevista fue aplicada por personal de salud capacitado, fueron recuperadas 298 entrevistas terminadas; y se excluyeron 70 por presentar resultados incompletos o no concordantes con la pregunta realizada.
Dentro de los resultados mas importantes se encontró que el promedio de edad fue 16 años, 100% son alfabetas, siendo secundaria el promedio de escolaridad. Identificamos que el 51% de las adolescentes ya habían abandonado la escuela cuando se embarazaron; y el embarazo solo fue la causa de abandono escolar en el 19% de las entrevistadas. 78% planea reanudar sus estudios después del parto y para ello considera necesario apoyo económico, familiar y de guardería.
Por otro lado, se identificó que el 99% de las pacientes conocen los diferentes métodos anticonceptivos que existen y 62% los considera accesibles. Por otro lado 51% deseaban embarazarse. Esto muestra que el problema va más allá de disponibilidad de anticonceptivos o educación en salud sexual. Se trata de un problema social, que incluye aspectos de desarrollo personal y plan de vida y que debe ser atendido de manera multidisciplinaria, tomando en cuenta los determinantes sociales, para poder romper el ciclo de pobreza-enfermedad y mejorar la calidad de vida de las pacientes y sus hijos.

Trabajos presentados

UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA GEOESPACIAL PARA LA ESTIMACIÓN DEL ACCESO ESPACIAL GEOGRÁFICO A UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

Daniel Choperena Aguilar[1]; Andrea Ramirez Santiago[2]; Oscar Martínez Martínez[3] & Cecilia Acuña Díaz[3]
[1] Secretaria de Salud
[2] INEGI
[3] Oficina en México de la OMS/OPS

Introducción
La distribución espacial de las Unidades de Primer Nivel de Atención (UPNA) mal planificada y no integrada entre los diferentes prestadores de servicios en México ha producido un sistema de salud ineficaz con malos resultados de salud para la población, a pesar de contar con una gran cantidad de UPNA.

Objetivo
Medir el acceso espacial de las UPNA utilizando herramientas de inteligencia geoespacial para identificar las desigualdades en el acceso geográfico a la salud en México.

Métodos
El análisis consistió en 2 etapas. En la Etapa 1 "Recolección y procesamiento de datos espaciales" se recolectó información oficial de la Secretaría de Salud y se realizó la minería y depuración de datos espaciales de las unidades de primer nivel, unidades hospitalarias y localidades rurales. En la Etapa 2 "Geo-procesamiento de datos espaciales", se transformaron los datos espaciales en capas vectoriales en el software de geo-procesamiento para crear capas. Se realizó el buffer de las UPNA (1-5km), Hospitales (10km,15km,20km). Se realizó el análisis de redes utilizando la herramienta "Network analyst" aplicada a la red vial (capa vectorial) 2018 de caminos y avenidas del INEGI en México. Se establecieron criterios para seleccionar las entidades federativas que maximizaran las diferencias del análisis.

Resultados
Estimamos la cobertura del área de servicio de las instalaciones de UPNA y Hospitales para la población urbana y rural y la cobertura de las UPNA con redes de carreteras de 5 estados de México (Baja California, Chiapas, Ciudad de México y Oaxaca).

Conclusiones
La cobertura espacial de las unidades médicas es un factor crítico en el rendimiento del sistema de salud, en el caso de las distancias entre hospitales y UPNA adquiere especial relevancia para los procedimientos del Sistema de Referencia y Contrareferencia. El creciente número de instalaciones de APS en la última década podría interpretarse como una mejora continua en la cobertura de atención médica (acceso nominal) para reducir las distancias de las instalaciones a la población. Con los resultados del análisis mostramos la cobertura real de las instalaciones de APS y demostramos que las UPNA y hospitales con mala planificación (en términos geográficos) contribuye al bajo nivel resolutivo del Sistema de Salud Mexicano.

Trabajos presentados

TENDENCIAS DE CAMBIO CLIMÁTICO Y MORTALIDAD ATRIBUIBLE A PROBLEMAS AMBIENTALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ENTRE 1990 Y 2017

Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga[1]; Diana Belén López Cruz[2]; Tania Cruz Ramírez[1] & Gabriela Narcizo de Lima[2]
[1] Universidad de la Sierra Sur
[2] Cátedras Conacyt – UNICACH

Motivación

El cambio climático y las amenazas originadas por el mismo constituyen un nuevo e importante peligro para la salud pública, se han expandido epidemias mortales transmitidas por vectores (dengue, paludismo, etc), infecciones relacionadas con el consumo de alimentos y agua contaminados, enfermedades respiratorias por el aumento de la contaminación y el calor extremo.

Objetivo

Analizar las tendencias del cambio climático y de mortalidad atribuibles a polución del aire ambiental y de los hogares y mortalidad atribuible a servicios de agua y sanitización inseguros, en 33 países de América Latina y el Caribe (ALC) entre 1990 y 2017.

Metodología

Se realizó un estudio de las tendencias utilizando bases de datos secundarias con datos de 33 países de ALC referidos al periodo 1990-2017. Se analizaron datos de variables de cambio climático (temperaturas, precipitaciones, emisiones de CO2), índice de desarrollo humano, incidencia de riesgo de desastres y tasas de mortalidad atribuibles a polución del aire ambiental y de los hogares y mortalidad atribuible a servicios de agua y sanitización inseguros.

Resultados: Las tendencias de emisiones de CO2 y de temperatura evidencian un franco aumento en estas dos variables para toda la región, pero los países con mayores emisiones de CO2 en el período analizado fueron México, Brasil, Chile y Venezuela, lo que en suma generan el 75% de las emisiones de CO2 totales de la región de ALC. Por su parte, los países con menos precipitaciones son Chile, Bolivia, México y Argentina.

Resultados

Respecto de la mortalidad, en todos los países de la región se evidenció un aumento en las tasas de mortalidad atribuible atribuibles a polución del aire ambiental y de los hogares, y mortalidad atribuible a servicios de agua y sanitización inseguros, aunque Argentina, Barbados, Chile y Uruguay son los que tienen las tasas más altas.
El desafío para los países de la región será encontrar un equilibrio entre el desarrollo sostenible, tanto en términos de gestión de los riesgos futuros del cambio climático, así como los riesgos relacionados con el clima actual, y la promoción de la industrialización que genera bajas emisiones de CO2.

THREE PATHWAYS TO MOVE TOWARDS UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN MEXICO

Hector Carrasco[1]; Stephanie kang[2]; Israel Collado[1] & Ana Sofía González[1]
[1] Tecnológico de Monterrey
[2] Harvard T. H. Chan School of Public Health

Motivation

Over the last century, the Mexican health system has made remarkable progress towards achieving Universal Health Coverage (UHC); yet, many health problems remain. On July 2nd, 2019, the leftist coalition Juntos Haremos Historia led by the MORENA party, won by a landslide. The coalition gained the presidency, four governorships, and the majority in the two houses. These victories provided unparalleled political power to the current administration to advance policy proposals in many fields, particularly in health. Following the logic of Kingdon's classical model of multiple streams, the alignment of "problems, policies, and politics" increases the possibilities for health reforms in Mexico. Today, some policy proposals may align with the most pressing health problems and politics in the country.

Goals

Compare politically relevant health reform proposals and Analyze the perspectives of different power groups on these proposals.

Methodology

Our study had three stages. First, we carried out a systematic literature review to collect politically relevant proposals aimed to achieve UHC. Second, we compared these proposals using the WHO four functions framework (stewardship, financing, provision of services, and resources generation). Finally, we conducted focus groups and semi-structured interviews (n=71) with academics, private sector representatives, union leaders, and citizens and health professionals in Chihuahua, Chiapas, and Mexico City, to gather their opinions on each proposal.

Results

During our systematic literature review, we identified three main reform proposals: the Unified Public Health System (SUPS) by Cristina Laurell, the Universal Health System (SUS) by Julio Frenk, and the Universal Social Security (SSU) by Santiago Levy. These proposals had multiple convergence points in terms of stewardship and creation of new resources; however, they diverged significantly in the financing and provision of services functions.

Across the study groups, the proposal with most support was the SSU, which includes healthcare services as part of a broad social reform aiming to advance other social aspects related to health such as housing, pensions, childcare, and maternity leaves in addition to a tax collection reform.

Conclusions

Mexico has a unique opportunity to achieve UHC in this century. The three reform proposals provide different pathways to attain this goal.

EFFECT OF SEGURO POPULAR ON FINANCIAL PROTECTION OF ELDERLY MEXICANS

Daniel Bernal
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey / Compañeros en Salud México

Background
Financial protection is one of the two targets of the Universal Health Coverage Sustainable Development Goal. Leaving no one behind requires reliable measurements for healthcare system financial protection, in Mexico this information in the elderly population is scarce.

Objective
This study aims to measure the effect of Seguro Popular (SP) for financial protection in the Mexican elderly through an exploratory analysis of the 2012 and 2015 MHAS waves. To do this, I will determine the impact of out of pocket payments in catastrophic health expenditure (CHE) and the poverty impact, as well as the financial barriers to care.

Methodology
I used the Mexican Health and Aging Study (MHAS), to identify CHE using the normative food-spending method. The impoverishment headcount rate will be evaluated at the Mexican Poverty Line and will be compared to the World Bank poverty lines. Finally, financial barriers selected were stopping medications because of cost or not going to the doctor because of lack of funds.

Results
Older adults with SP had a 5% lower probability (probit coefficient -0.2, $p<0.0001$, SE 0.0001) of incurring in CHE than the uninsured and had the highest impoverishment headcount rate at 3%. They presented the highest probability (1%, probit coefficient. 0.04, $p<0.0001$, SE 0.001) for stopping their medications because of cost, at a 20% rate; while 10% could not afford to go to the doctor, for a probability of -1% against uninsured (probit coefficient -0.03, $p<0.0001$, SE 0.002)).

Conclusions
The MHAS can be used to determine the performance of the Mexican healthcare system to provide financial protection. Elderly with SP were protected against CHE, were not protected against impoverishment, and had more financial barriers to access medications. The database requires further exploration to inform healthcare financing policy in Mexico.

Trabajos presentados

MODELO DE CAPACITACIÓN COLABORATIVO Y ESCALONADO PARA COMUNIDADES RURALES DE LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS, MÉXICO: UNA OPORTUNIDAD PARA LA SALUD MENTAL GLOBAL EN ÁREAS BAJOS RECURSOS

Maitane Oscoz Irurozqui; Argenis López Salinas & Fátima Rodríguez Cuevas
Compañeros en Salud

Motivación

En Chiapas, cuya población es de 5,218 millones, y se estima que 1,356 millones de personas sufren de depresión, existen alrededor de 210 psicólogos (1/24,847 personas) y 4 psiquiatras (1/1,304 millones de personas).
El modelo colaborativo de atención (MCA), que incluye "task-sharing" e involucra a no especialistas en la prestación de atención de salud mental, es esencial para abordar la gran carga de enfermedad mental en lugares de bajos recursos. La evidencia científica demuestra que trabajadores comunitarios en estas áreas pueden contribuir a que personas que sufren depresión y ansiedad reduzcan sus síntomas en un lapso de 2 a 6 meses después de recibir tratamiento. MCA incorpora un enfoque basado en el equipo, que cuenta con: un proveedor de atención primaria, un profesional de salud mental, que es el coordinador clínico, y un psiquiatra consultor. MCA ha mostrado mejores resultados para la salud mental y general, mayor acceso a la atención y más asequilibilidad.

Objetivo

Nuestro objetivo es implementar uno de los brazos del modelo escalonado y MCA, a través de la supervisión y capacitación de profesionales de salud no especialistas en Salud Mental, en distintos espacios clínicos de atención primaria comunitaria, por parte de especialistas.

Metodología

Implementamos un programa de formación impartido por psiquiatras y psicólogas para trabajadores de salud de comunidades de La Sierra Madre de Chiapas, que incluye: capacitación de enfermeros pasantes, capacitación y supervisión de médicos pasantes y supervisión y capacitación in-situ de trabajadoras comunitarias de la Salud Mental (TCSM); todo ello sometido a un proceso de monitoreo, evaluación y calidad.

Resultados

Del total de pacientes atendidos (202; 89%mujeres), más del 80% tuvieron diagnóstico de ansiedad y depresión. La mejoría clínica más notoria (medida con la escala para depresión PHQ-9) se produjo en el grupo de intervención de TCSM+pasantes (reducción PHQ-9 58%). Esta estrategia parece aceptable para abordar las grandes brechas en la disponibilidad de proveedores de salud mental en países de bajos ingresos

CUIDADORAS: TRABAJADORAS COMUNITARIAS DE LA SALUD MENTAL EN CHIAPAS RURAL

Erika Sofía Valtierra Gutiérrez
Compañeros En Salud

MOTIVACIÓN

Se estima que en zonas rurales, las enfermedades mentales representan 17% de los años de vida perdidos por discapacidad (Vigo, 2016). En el estado de Chiapas, el personal de salud mental es insuficiente para cubrir las necesidades de la población; además, las instituciones enfocadas a dicha área se encuentran en lugares de difícil acceso para las poblaciones rurales (García, Gutiérrez, Rodríguez, & Cifuentes, 2017; INEGI, 2017). Un modelo escalonado de atención en salud mental parece disminuir los efectos que ciertas enfermedades mentales tienen en poblaciones donde el acceso a servicios profesionales no es posible, especialmente depresión y ansiedad (Mendenhall et al., 2014; Singla et al., 2017; van Ginneken et al., 2013).

OBJETIVO

Describir la implementación de una intervención psicológica para-profesional de baja intensidad en comunidades rurales de Chiapas.

METODOLOGÍA

Durante el presente año, se llevó a cabo el entrenamiento en la intervención psicológica de baja intensidad Enfrentando Problemas + (EP+), en colaboración con Socios En Salud (Perú). Este entrenamiento consistió en capacitar a cinco trabajadoras comunitarias (Cuidadoras) en dicha intervención. En este programa, los médicos (MPSS) determinan, mediante una breve entrevista y la aplicación de escalas para depresión (PHQ-9) y ansiedad (GAD-7), a los candidatos a EP+. Posteriormente, las Cuidadoras realizan la intervención EP+ por un mínimo de cinco visitas (pueden ser domiciliarias o en la Clínica de Salud); durante el proceso, reciben sesiones constantes de supervisión de casos para un adecuado manejo de los pacientes.

RESULTADOS PRELIMINARES

32 beneficiarios han completado un mínimo de tres sesiones de EP+ hasta la fecha. Cuando los pacientes acuden a la clínica de salud rural (CSR) y, además, reciben la intervención EP+, su puntuación de PHQ-9 disminuye en 58%; esto resulta mayor que cuando los pacientes acuden a la CSR y toman un curso psicoeducativo (27%) y cuando acuden únicamente a la CSR (15%). Se considera que los cambios de residencia y el estigma relacionado con la salud mental y cuestiones de género han sido obstáculos en la implementación de este proyecto.

CONCLUSIÓN

La intervención de trabajadoras comunitarias de salud mental resulta útil para poblaciones rurales en Chiapas.

VIVIENDO CON PSICOSIS DONDE NO HAY ESPECIALISTAS DE SALUD MENTAL. UN ABORDAJE COMUNITARIO EN CHIAPAS RURAL

Jimena Maza Colli & Fátima Rodríguez Cuevas
Compañeros en Salud México

Motivación

Las enfermedades psicóticas, como la esquizofrenia, representan la octava causa de discapacidad mundial (Theodoridou, 2010) y prevalece en el 0.7% de la población mexicana (SSA, 2001). Asimismo, grupos estructuralmente vulnerables padecen más trastornos mentales (Bourgois, 2017), especialmente en comunidades marginadas con acceso a salud limitado (Saxena et al, 2007). Existe una escasez de personal especializado en salud mental; además, del 2% del gasto en salud para Salud Mental, el 80% se destina a hospitales, dejando una brecha a nivel primario (OMS, SSA, OPS, 2011). En zonas rurales como Chiapas, el 17% de los años-de-vida-perdidos-por-discapacidad se atribuye a enfermedades mentales (Vigo, 2016).

Objetivo

Aumentar el acceso a servicios efectivos de salud mental para tratar psicosis en comunidades rurales de Chiapas, mediante un modelo de atención primaria y comunitaria.

Metodología

Un modelo para atender a personas con psicosis es implementado por Compañeros En Salud (CES), una organización que fortalece servicios primarios en comunidades marginadas, en colaboración con la Secretaría de Salud e IMSS; su programa de salud mental orquesta un modelo de atención colaborativo, que otorga atención directa por trabajadoras comunitarias de la salud (TCS) y por médicos pasantes, quienes reciben un curriculum de capacitación, mentoría y supervisión en sitio. Se consultan los casos complejos con especialistas de forma remota. El prototipo sería una persona con esquizofrenia que es atendida por el pasante, quien diagnostica y provee tratamiento y psicoeducación sin costo; además es visitado en su domicilio por una trabajadora comunitaria de la salud, quien da psicoeducación familiar y apoya con la adherencia farmacológica.

Resultados

Desde 2014 se han liberado a 6 pacientes previamente encadenados y se les ha iniciado tratamiento. Actualmente se provee tratamiento a 42 personas con psicosis; de los cuales, el 24% son apoyados por TCS. De Enero-2018 a Mayo-2019, el 100% de los casos se trataron a nivel comunitario.El modelo colaborativo de CES brinda atención a personas con psicosis en un contexto marginado. El paradigma de la institucionalización de la salud mental debe cambiar a un modelo enraizado en el nivel primario de atención, bajo un marco de justicia social y de equidad.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD A LA CONDUCTA SUICIDA EN CINCO ESTADOS DE MÉXICO

Rosario Valdez-Santiago[1]; Eréndira Marín[2]; Martha Hijar[3] & Luz Arenas-Monrea[1]
[1] Instituto Nacional de Salud Pública
[2] Escuela de Salud Pública de México
[3] Colegio de Morelos

La OMS estima que más de 800.000 personas mueren cada año por suicidio en el mundo; es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Se estima que, por cada adulto que se suicida, 20 más han presentado al menos un intento de suicidio.1En México, la tendencia de la mortalidad por suicidios ha ido creciendo desde la década de 1950.20 Con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)21 se calcularon las tasas de mortalidad para el periodo de 2010 a 2016.1 la tasa de mortalidad reflejó una tendencia creciente de 4.9 muertes por cada 100,000 habitantes en 2010 a 5.2 muertes por 100,000 habitantes en 2016.

Objetivo
Analizar y comparar la respuesta de los servicios estatales de salud mental al problema del suicidio en población adolescente de cinco estados de México.

Metodología
A través de la utilización de metodología cualitativa se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de actores clave del ámbito estatal, se realizó un análisis comparativo que permitió identificar las generalidades y particularidades de cada uno de los estados participantes en el estudio.

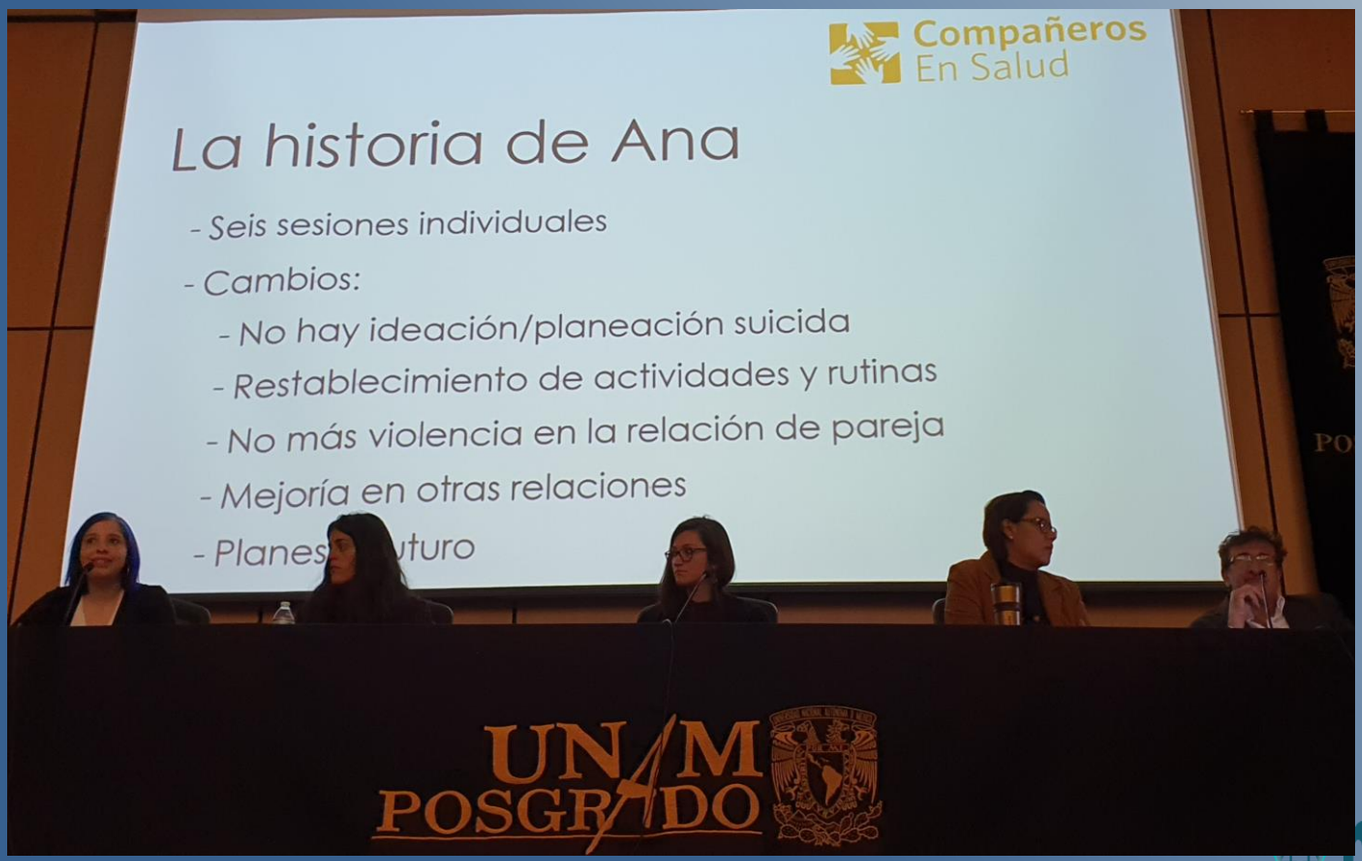
Resultados

Se identificaron marcadas diferencias entre los estados estudiados, las cuales dependieron de la manera local de enfrentar el problema de la salud mental en general y, particularmente la conducta suicida. Un eje común fue la ausencia de un órgano rector a nivel nacional que no permite articular la respuesta del sistema de salud a nivel local. Se proponen algunas estrategias que pueden fortalecer la respuesta del sector salud a la población adolescente y, así mejorar la atención oportuna a las necesidades de salud de este sector de la población en materia de salud mental y sus familias.

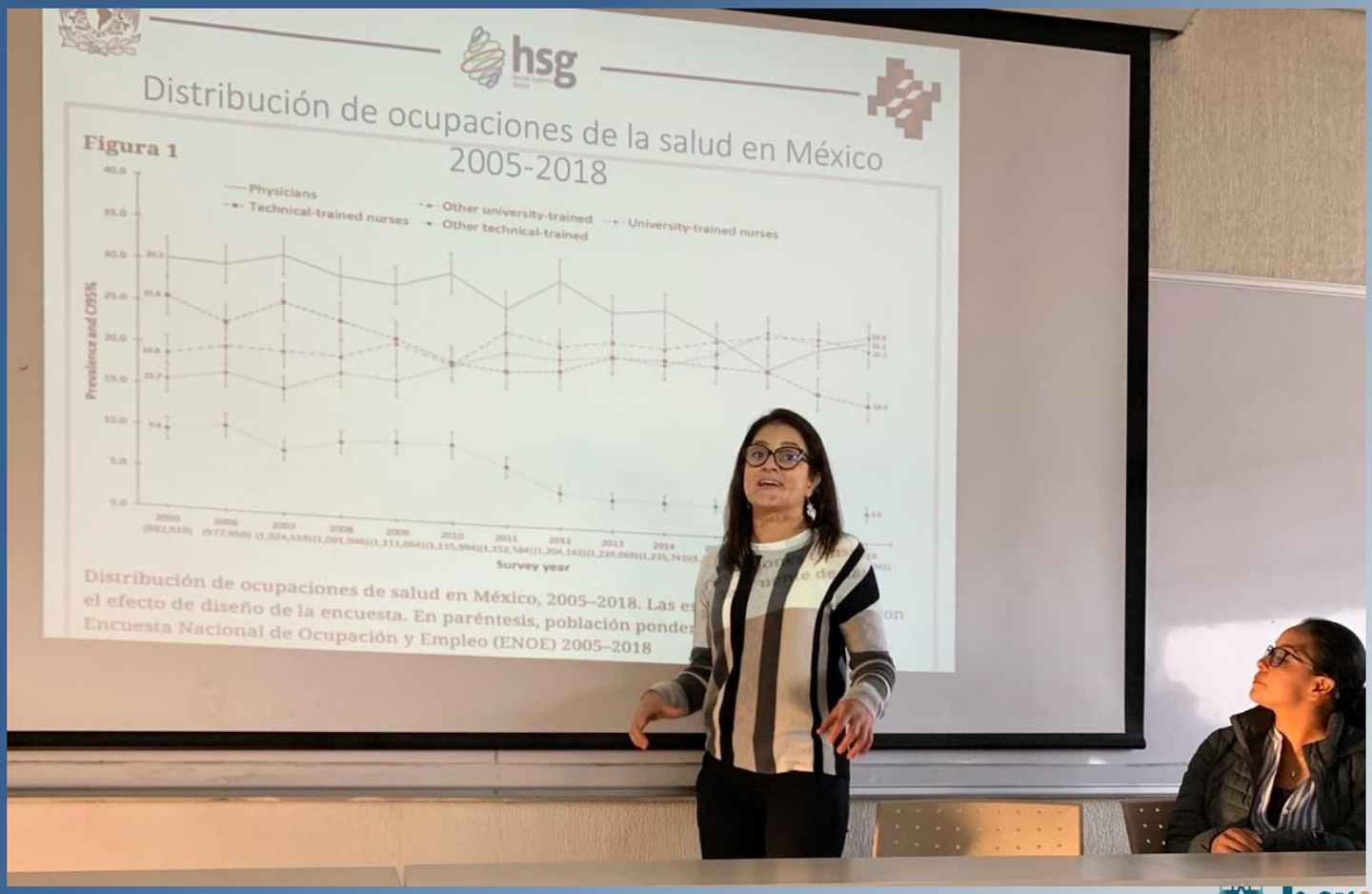
Palabras clave: servicios de salud, salud metal, suicidio, adolescentes.

La reunión en fotos

La reunión en fotos



La reunión en fotos



hsr2020