

SEMINARIO: ATENÇÃO A SAÚDE: ESTRATÉGIA CHAVE PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS

Mesa 4: APS Forte: desafios da gestão e formação dos recursos humanos

Uma perspectiva de Canadá

Brasilia 17-18 de abril de 2018

Jacques E. Girard

 ma Faculté pour la vie



PLAN DE PRESENTACIÓN



- Introducción
- Hitos históricos y sistemas de salud en Canadá
- APS como pilar del sistema de salud
- Condición imprescindible: un personal de salud competente:
 1. Capacidad de rectoría y gobernanza en materia de RHS
 2. Distribución y dotación de RHS en el contexto de los sistemas de salud
 3. Capacitación de los RHS
- Retos, desafíos y perspectivas por delante
- Conclusión



INTRODUCCIÓN

UN CAMBIO DE VALORES FUE CLAVE PARA TRANSFORMAR NUESTROS SISTEMAS DE SALUD PARA QUE APUNTAN A RESPONDER A LAS NECESIDADES SIN QUE LA CAPACIDAD DE PAGAR INTERVENGA: UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD

EL INFORME LALONDE (1974): DETERMINANTES DE SALUD



**EFFECTO RELATIVO DE LOS
DETERMINANTES DE LA
SALUD**



**PROPORCIONES RELATIVAS DEL
DINERO PÚBLICO DESTINADO A LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD**

*Lalonde, M. A new perspective on the
Health of Canadians*



ALMA-ATA: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (1978)



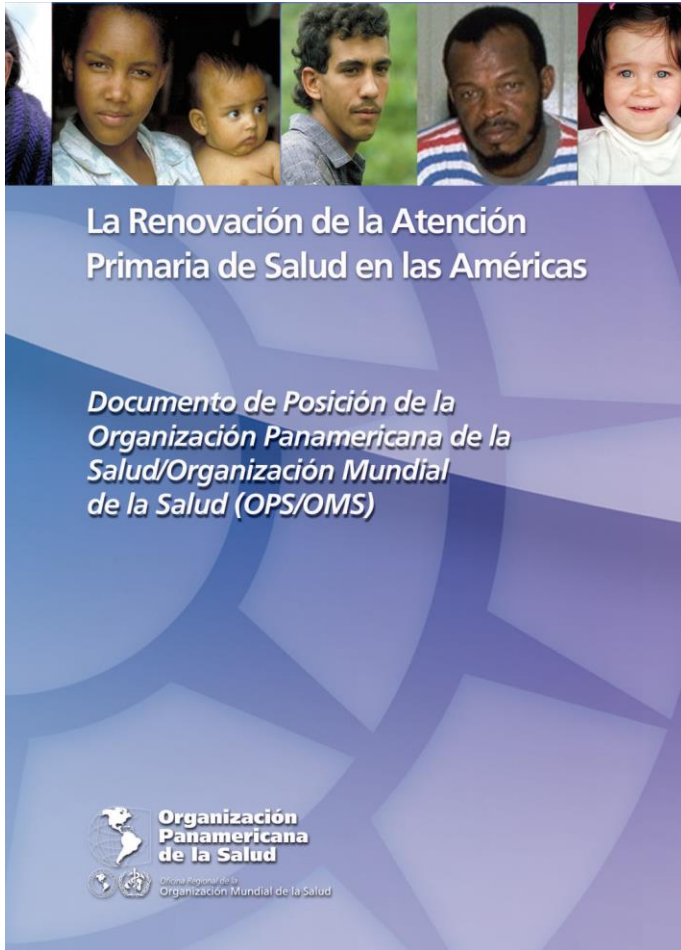
UN CAMBIO DE PARADIGMA: LA CARTA DE OTTAWA (1986)

- **Habilitar:** proporcionar los medios para asegurar
 - la equidad, es decir la igualdad de oportunidades
- **Mediar:** actuar como mediador para conciliar
 - los intereses antagónicos y a favor de la salud
- **Abogar:** promocionar la buena salud para valorar
 - el mejor recurso frente al progreso personal y social



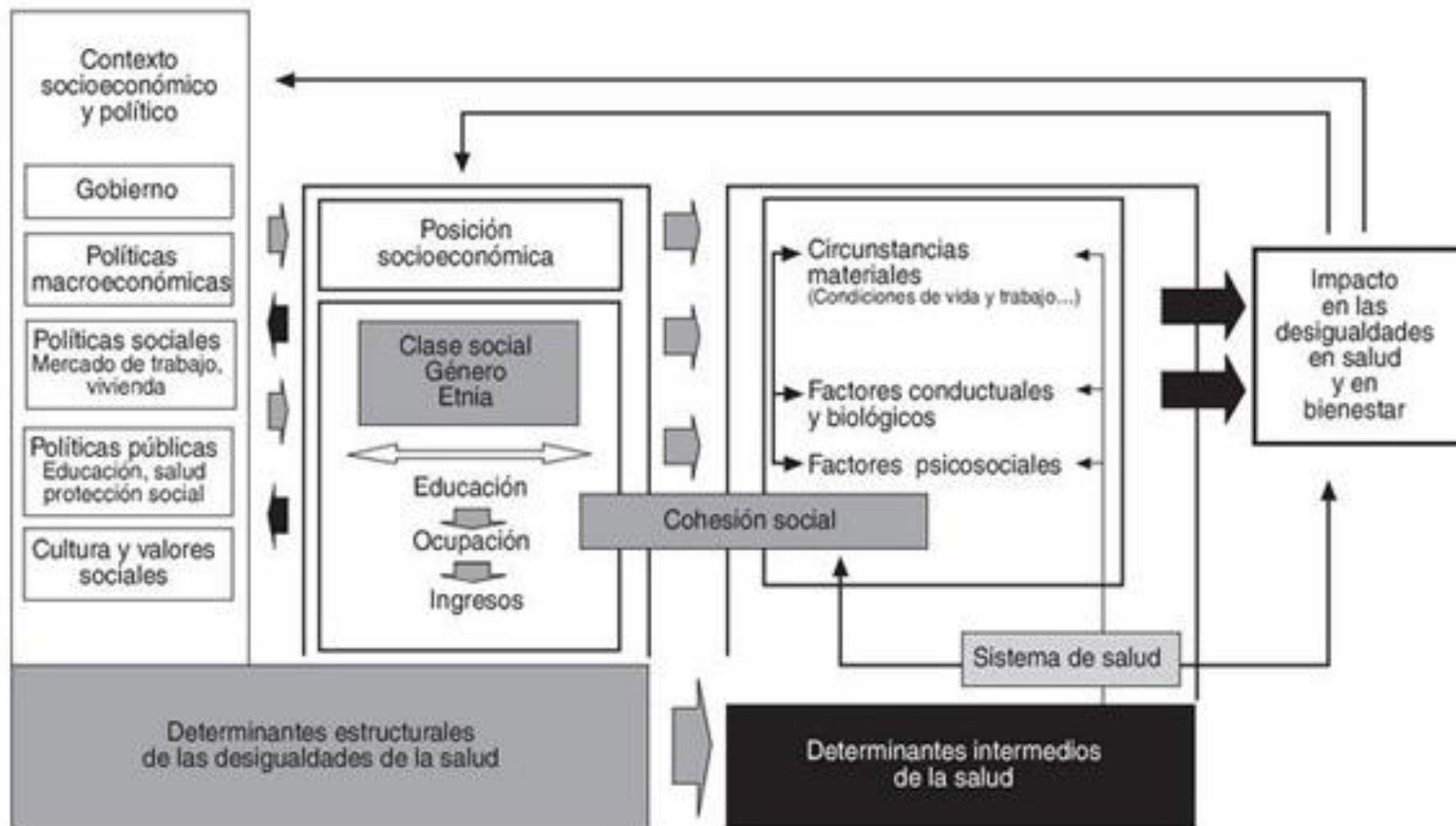
Modelo de Promoción de la Salud, Carta de Ottawa.

CUANDO ESPEREMOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS



ma Faculté pour la vie

UN ENFOQUE CLAVE ANTE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD





HITOS HISTORICOS Y SISTEMAS DE SALUD EN CANADA

UN CAMINO QUE TUVO QUE LIDIAR CON LA GESTIÓN ESTRATEGICA DEL CAMBIO PERO QUE NUNCA LLEGAA DESTINO

¿SISTEMAS DE SALUD UNIVERSALES Y ECONOMIA NEOLIBERAL?



- Existe una trayectoria de movilización popular detrás esta conquista para los canadienses por lo que no es una paradoja...
- Postura socialista de TC Douglas (1947-1962) en Saskatchewan y presencia de inmigrantes de Europa del Este (ukrania y URSS) para presionar un cambio a favor del acceso universal y gratuito a la atención en salud (hospital y médicos)
- La provincia de Saskatchewan fue la primera provincia que adoptó un seguro universal de la atención médica en 1962 con la reelección del gobierno (CCF/NPD) pese a la huelga de la profesión médica
- Efecto de « contaminación » a las otras provincias que adoptaron planes de seguro universal hasta los 70s con la presión ciudadana y el respaldo del gobierno federal

¿SIEMPRE LA PRESIÓN CIUDADANA COMO FACTOR CLAVE?



THE LANCET



Welcome, Jacques Girard

[Claim Your Subscription](#) | [Subscribe](#) | [My Account](#) | [Logout](#)

[Online First](#) [Current Issue](#) [All Issues](#) [Special Issues](#) [Multimedia ▾](#) [Information for Authors](#)

▾ [Advanced Search](#)

Series from the Lancet journals

[View all Series](#)

Canada: global leadership on health

Published: February 24, 2018

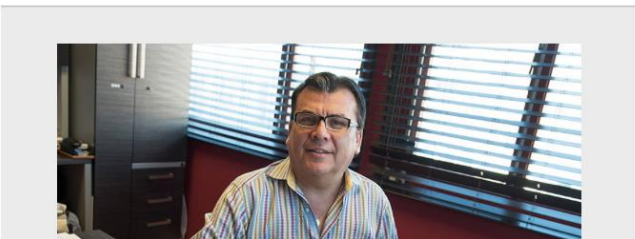
Executive Summary

The Lancet's Series on Canada, the first-ever for the journal, examines the country's system of universal health coverage and its global role in health, including Canada's legacy, challenges, and future path on issues such as access to health care, gender equality, global health diplomacy, and Indigenous peoples' health. Led by authors from across the country's diverse ethnocultural, linguistic, and geographic landscape, the Series sets the stage for accelerated Canadian leadership on health at home and abroad, as Canada marks 150 years since confederation and assumes the G7 presidency for 2018. Commentaries by leaders in Indigenous health and foreign aid assistance, and by Prime Minister Justin Trudeau and Minister Jane Philpott, show Canada to be poised for more action, more financial investment, and bolder leadership on health for the world.

Comments

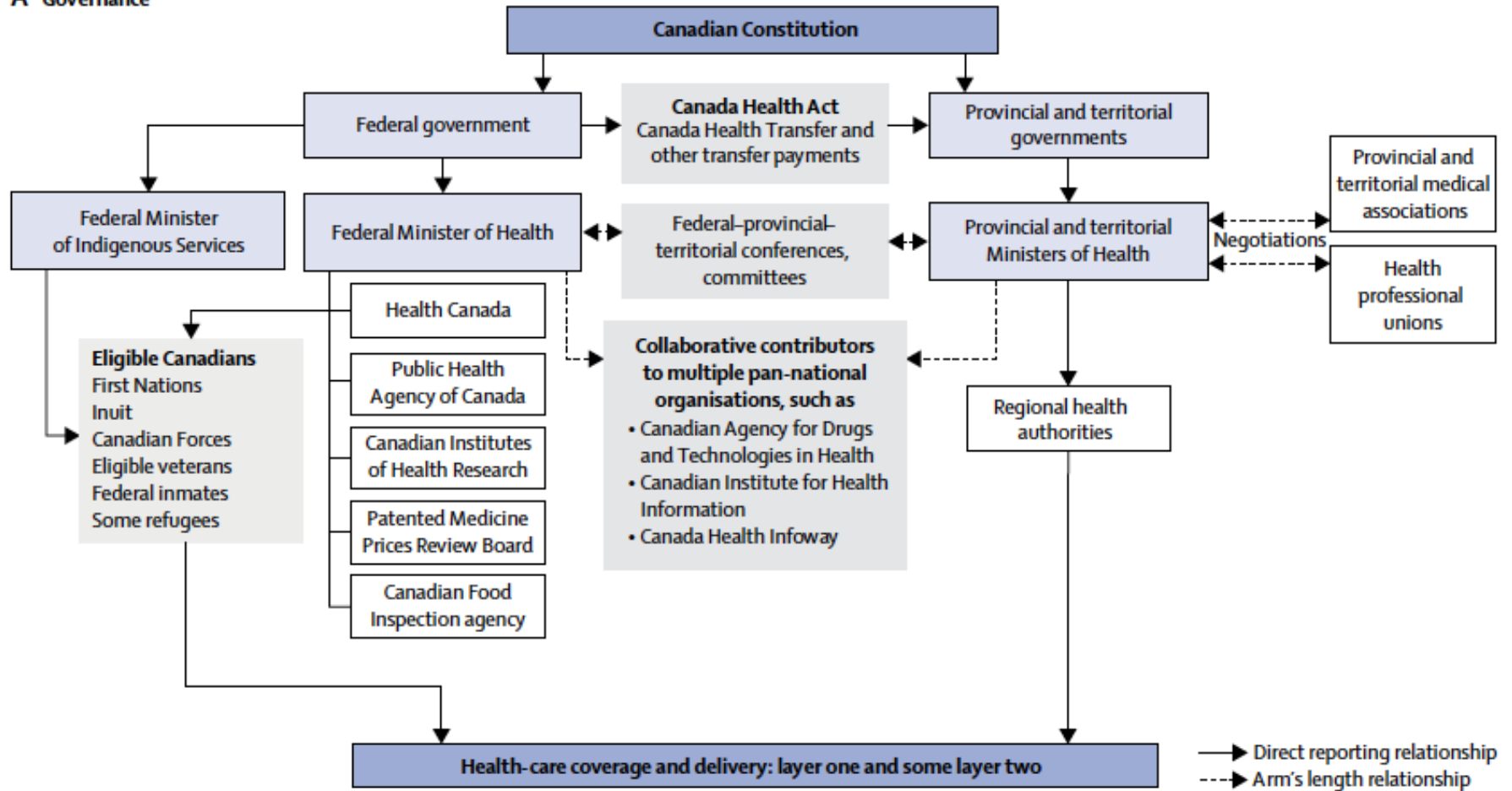


Image gallery



ESQUEMA DE LA GOBERNANZA PARA LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADÁ

A Governance



PANORAMA INVERSIONISTA DEL SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ (IMPUESTOS)

	Canada	USA	UK	France	Denmark	Australia
(Continued from previous page)						
Per capita costs						
Total health expenditure per GDP*	10.4% ←	17.1%	9.1%	11.5%	10.8%	9.4%
Total health expenditure per capita (PPP)*	4641	9403	3377	4508	4782	4357
Total publicly financed health expenditure*	70.9% ←	48.3%	83.1%	78.2%	84.8%	67.0%
Total health expenditure out of pocket*	13.6%	11.0%	9.7%	6.3%	13.4%	18.8%
Total health expenditure on pharmaceuticals†	17.5%	12.3%	12.1%	14.7%	6.8%	14.4%
Pharmaceutical cost per capita (US\$)†	786 ←	1112	497	668	342	617
Average general practitioner income (PPP)††¶¶¶	140 617.66	176 000.00	78 932.65	NA	NA	96 015.97
Average specialist income (PPP)††¶¶¶	230 291.66	265 000.00	161 794.37	95 162.75	139 248.35	208 107.93
Average nurse salary (PPP)††	55 259.93	70 610.00	49 948.20	41 161.50	58 364.26	62 919.14
Health technology assessment agency‡‡	Canadian Agency for Drugs and Technology	No centralised federal agency	National Institute for Health and Care Excellence	Haute Autorité de Santé	Danish Centre for Health Technology Assessment	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee

OECD=Organisation for Economic Co-operation and Development. HAQ=Health Access and Quality. NA=not available. GDP=gross domestic product. PPP=purchasing power parity. *Data from World Bank Data Portal. †Data from OECD Data. ‡Data from United Nations Development Program: Human Development Reports. §Data from OECD Income Distribution Database. ¶Data from Index Mundi. ||Data from WHO Global Health Observatory Data. **Data from reference 13. ††Data from OECD.Stat. ‡‡Data from HiT reports. §§Data from 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. ¶¶¶Medscape Physician Compensation Report, 2013.

Table: Canada versus OECD comparators by indicators of the Triple Aim

SISTEMAS DE SALUD EN CANADÁ: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS



- La atención en salud en Canadá, financiada con fondos públicos, conforma diferentes sistemas de salud dinámicos por un diseño basado en la Atención Primaria en Salud (APS)
- Existe un seguro médico con cobertura universal que opera en base a las necesidades médicas y no en base a la capacidad de pagar a través de un asegurador público único
- El personal de salud trabaja con las condiciones laborales del Estado, a través de las redes de servicios sociales y de salud
- Los médicos actúan como trabajadores autónomos con honorarios negociados con el Estado a través de una regulación profesional propia con pares y mecanismos afines

LA LEY CANADIENSE DE SALUD: EL ÁMBITO REGULADOR

Cinco (5) principios que se tienen que cumplir las autoridades sanitarias de los gobiernos provinciales y territoriales para contar con la contribución financiera del gobierno federal (20%):

1. Administración pública
2. Integralidad
3. Universalidad
4. Accesibilidad
5. Portabilidad



LOS CINCO PRINCIPIOS DE LA LEY CANADIENSE DE SALUD



1. Administración pública: gestionar sin fines de lucro por una autoridad pública que rinda cuentas a los gobiernos provinciales o territoriales
2. Integralidad: asegurar todos los servicios que se justifican como una necesidad y se imparten por las redes de atención en salud
3. Universalidad: derecho a la cobertura por el seguro de salud en términos y condiciones uniformes a todos los ciudadanos sin discriminación ninguna
4. Accesibilidad: brindar acceso a servicios médicos y hospitalarios para todas las personas aseguradas sin obstáculos financieros (gratuidad)
5. Portabilidad: atender a todas las personas aseguradas cuando se encuentren en otra provincia o territorio que su lugar de residencia dentro de Canadá o cuando viajan al exterior del país

SISTEMAS DE SALUD Y APS: EL EJEMPLO DE CANADÁ



- El contexto general es un conjunto de sistemas de salud en Canadá a nivel de las 10 provincias y 3 territorios que define condiciones favorables para el ámbito de políticas públicas a favor de la salud:
 - El panorama general y la dinámica propia en relación con los valores que destacan la salud como bien público
 - Algunos hitos históricos que le permitieron adoptar una mirada socialista de la salud dentro de una economía capitalista
 - El papel protagónico del Estado por más de 50 años para asumir la rectoría en salud ante la equidad y la universalidad
 - Un respaldo fuerte de la población que se enorgullece del sistema de salud como valor canadiense para más 90% de la ciudadanía (2012)



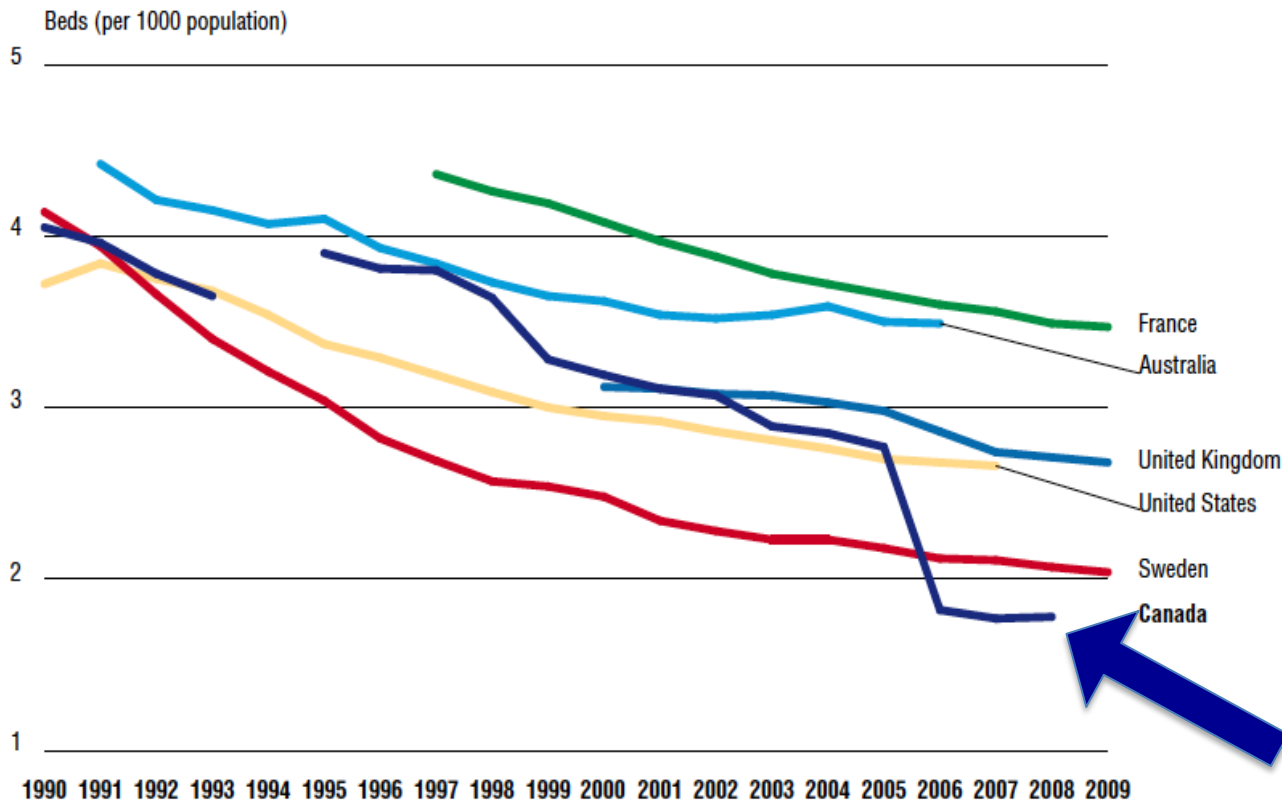
LA APS COMO PILAR DEL SISTEMA DE SALUD

IMPLICA OPERAR À TRAVES DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

DINAMICA DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS 1990-2009



Acute care beds per 1 000 population in Canada and selected countries, 1990–2009



Source: OECD (2011a).

Notes: The sharp decline in 2005–2006 in Canada is due to adoption of a more consistent definition of acute care beds. From 1995 to 2005, some provinces reported rated capacity while others reported only beds staffed and in operation; from 2006, only acute care beds staffed and in operation outside of Quebec, and beds for short-term physical care in Quebec, were included (OECD, 2011b).



EQUILIBRIO ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA Y OTROS ESPECIALISTAS...

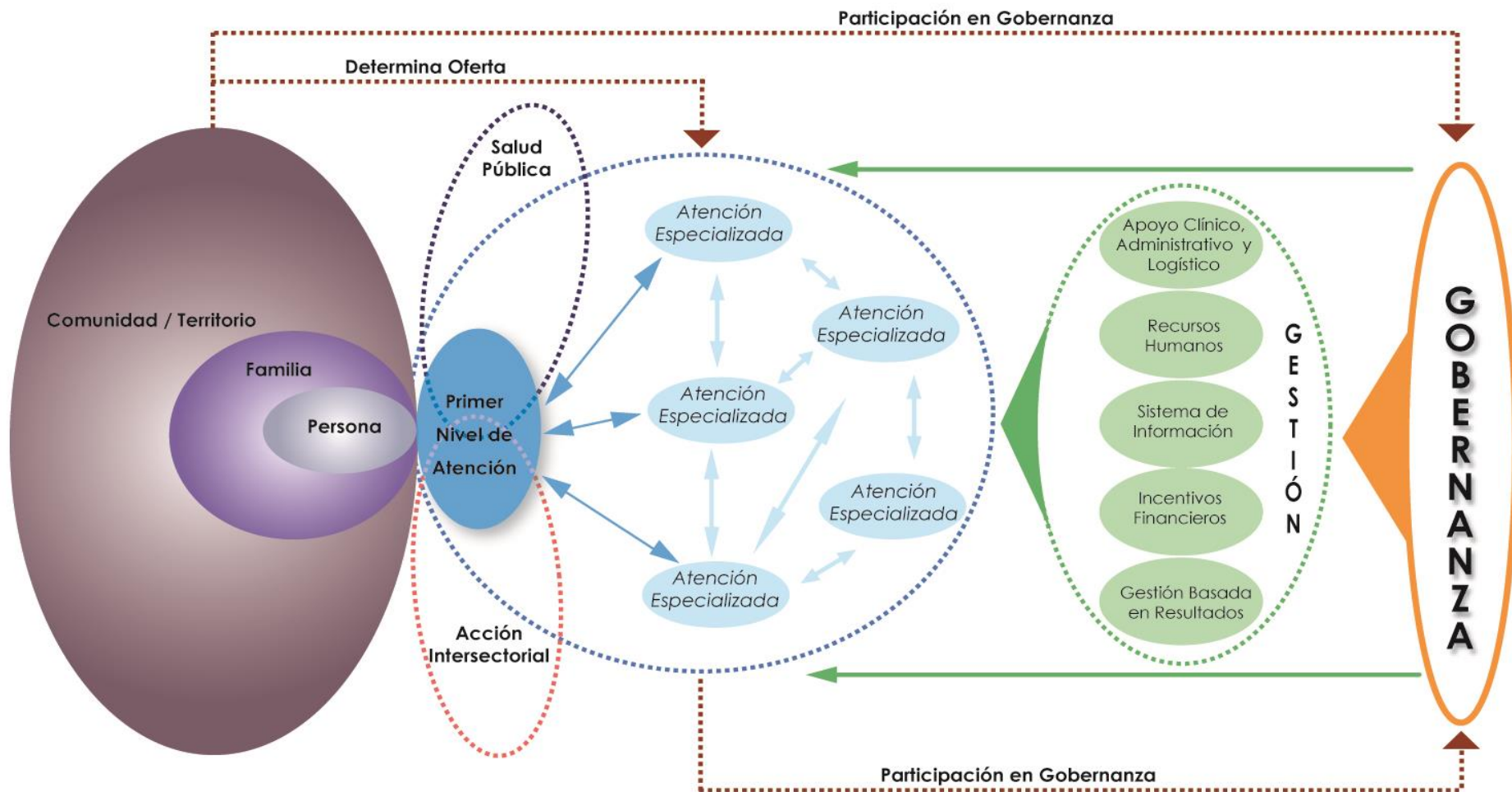
TASA POR 100 000 HABITANTES PARA EL AÑO 2009

PROVINCIA / TERRITORIO	ENFERMERAS		MÉDICOS		ODONTOLOGOS		OTROS				
	RNs	LPNs	Primary	Specialists	Dentists	Dental hygienists	Pharmacists	Optometrists	Physiotherapists	Occupational therapists	Psychologists
British Columbia	688	169	119	96	67	63	88	11	59	36	25
Alberta	792	180	113	91	54	62	100	13	54	41	67
Saskatchewan	878	253	94	72	37	40	115	12	51	25	46
Manitoba	907	216	95	88	51	50	100	9	56	41	17
Ontario	718	219	90	97	63	81	79	13	49	32	25
Quebec	839	244	110	112	54	61	95	17	48	52	95
New Brunswick	1 048	364	109	85	39	48	92	15	60	40	41
Nova Scotia	949	357	117	115	56	58	117	11	60	40	49
Prince Edward Island	996	471	89	76	50	51	114	13	38	31	20
Newfoundland and Labrador	1 140	494	118	102	35	23	116	10	38	30	39
Yukon	1 080	188	190	30	142	75	85	15	103	[26]	-
Northwest Territories	[1 348]	217	69	30	113	51	46	0	-	[26]	180
Nunavut	[1 348]	-	31	-	156	6	92	25	-	[26]	60
Canada	785	227	103	99	58	67	90	14	51	39	47

Source: CIHI (2011d).

Notes: numbers in square parentheses indicate areas where a single estimate was made for RNs (NWT + NU) and occupational therapists (YK + NWT + NU) for a larger northern region; LPNs: Licensed registered practical nurse .

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

EJEMPLO DE RED LOCAL DE SALUD: EL MODELO EN QUEBEC (33)



UNA RED LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES



* Puede ser que un CSSS no incluya un centro hospitalario debido a la ausencia de tal estructura de servicios en un territorio, o de la complejidad de la integración o del reagrupamiento de estos servicios.

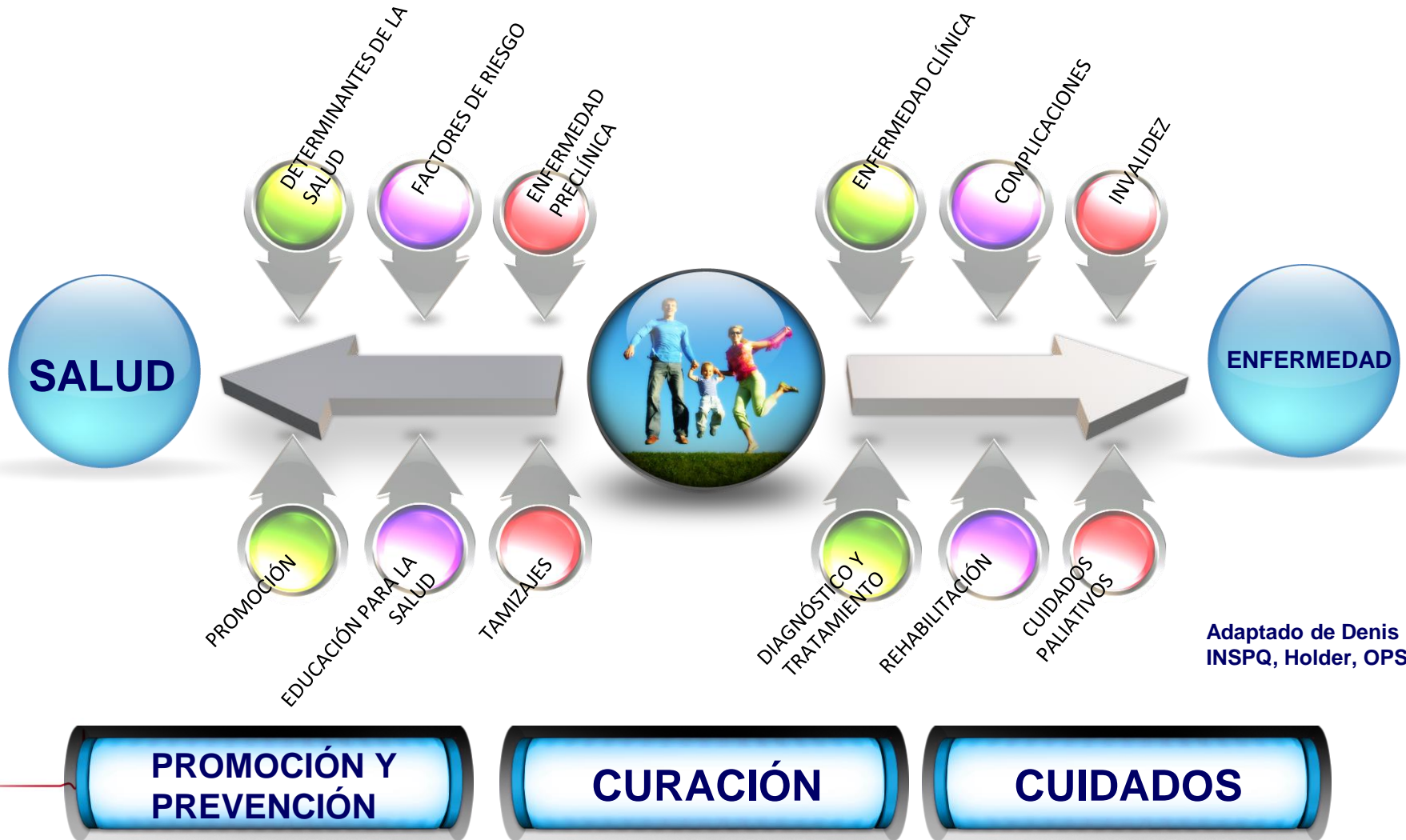
UNA PLURALIDAD DE MODELOS DE ATENCIÓN MÉDICA A NIVEL APS

- Grupo de medicina familiar (GMF) para el cargo y seguimiento de los pacientes (68 h/s):
 - Continuidad (registro/lista)
 - Enfermeras de tipo RN/IPS/NP
 - Depistaje y monitoreo de pacientes vulnerables con su entorno familiar y comunitario
- Unidad de medicina familiar (GMF-U) como modelo docente-asistencial (60 h/s):
 - Desempeño asistencial con estudiantes pre-grado y residentes
- Clínica de la red (CR) para la atención sin médico de cabecera y vinculación con el CSSS (76 h/s):
 - Accesibilidad
 - Enfermeras auxiliares
 - Derivación a otros niveles y a otros especialistas
- “Ventanilla CSSS-MSSS” que gestiona una lista de pacientes « huérfanos » para GMF/CR/GMF-U...

LA PRÁCTICA AVANZADA: APORTES DE LA PROFESIÓN ENFERMERA EN APS

- La práctica avanzada se desempeña con enfermeras y enfermeros que asumen los conocimientos, habilidades y actitudes para tomar decisiones complejas, además que competencias clínicas cuyas características dependen del contexto legal del ejercicio profesional » (CII, 2008)
- Es la expresión emblemática de la modernización de la organización profesional a través de un nuevo compartimiento de los diferentes campos de ejercicio entre profesionales de la salud

EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN SALUD / BIENESTAR



LA PERSPECTIVA POBLACIONAL: UN CONCEPTO LIGADO A LAS RISS/RLS

- Los centros APS y los socios de la red local tienen que asumir colectivamente una responsabilidad ante la población de su territorio
- Se trata del concepto de perspectiva poblacional que implica
 - Actuar sobre los determinantes de la salud
 - Asegurar de manera continua, el acceso al conjunto de servicios de salud y servicios sociales
 - Encargarse de las personas
- Las redes locales de salud (RLS) evalúan las intervenciones y toman en cuenta las necesidades expresadas y no expresadas ante la salud y bienestar



CONDICIÓN IMPRESCINDIBLE: UN PERSONAL DE SALUD COMPETENTE

STRATEGÍAS DE RECURSOS HUMANOS
PROTAGÓNICAS Y INSPIRADORAS

RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE UNIVERSAL



QUEM SÃO OS RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE?

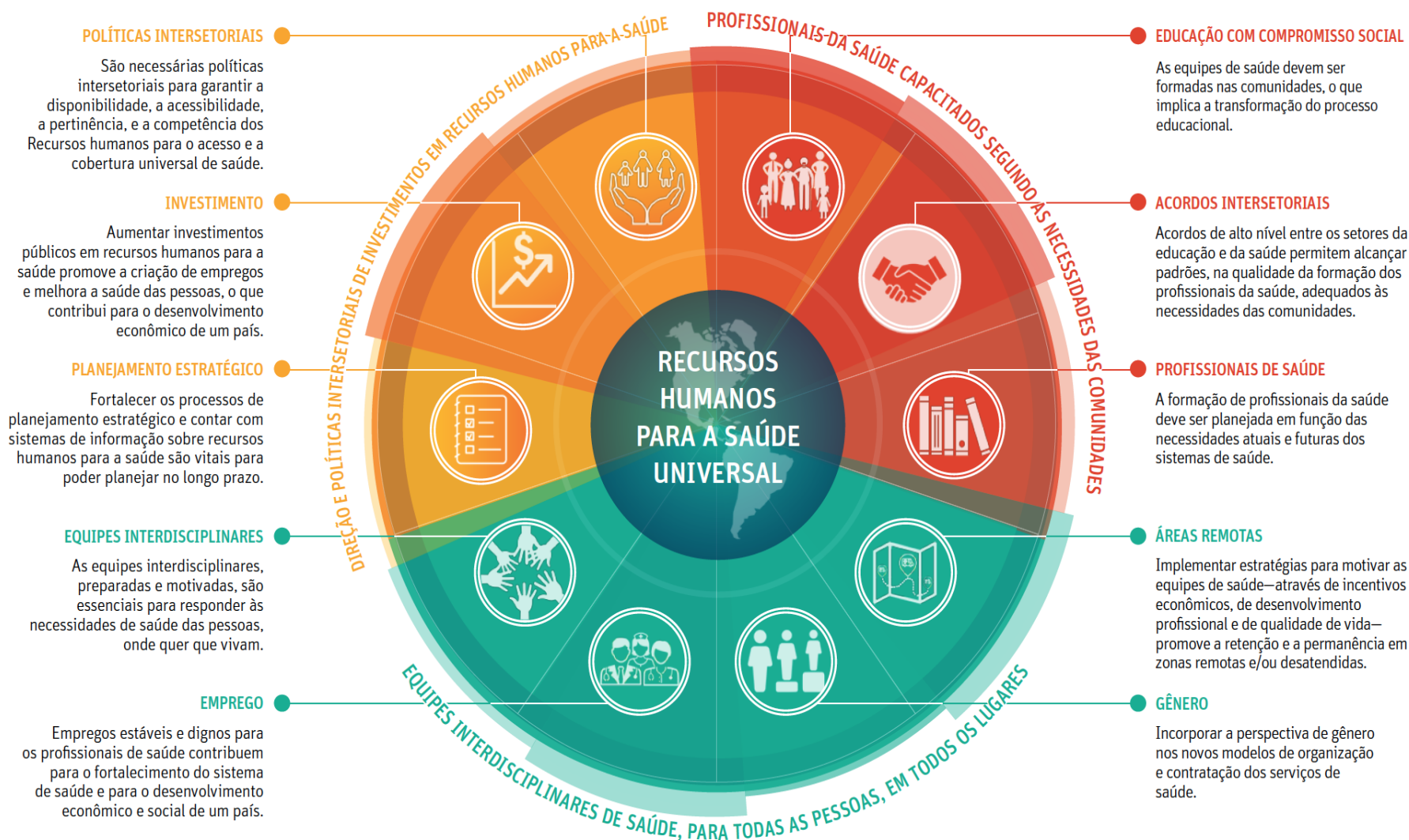
São todas as pessoas, de diferentes profissões e ocupações, que se formam e trabalham para melhorar a saúde da população. Neste grupo estão incluídas as pessoas que trabalham como assalariados ou como voluntários nos setores público e privado.

QUAL É O OBJETIVO DA ESTRATÉGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE E A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE DA OPAS?

Esta estratégia busca orientar a elaboração das políticas nacionais de recursos humanos para a saúde; portanto, considera que a disponibilidade, a acessibilidade, a pertinência, a relevância e a competência dos profissionais da saúde são fatores fundamentais para alcançar a saúde universal e os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

MARCOS EM RECURSOS HUMANOS EM DIREÇÃO À SAÚDE UNIVERSAL





RECIFE 2013: ENCUENTRO RHS VISIÓN EN POS DE 2015



“This requires long-term strategic planning, realistic forecasting, and political commitment, combined with adequate policy dialogue and related funding to make a whole-a government agenda on universal coverage a reality. It is critical to foster an inclusive environment conducive to a shared vision with other stakeholders.”

Fuente: OMS (2013) Report of the Third Global Forum on Human Resources for Health, 10-13 November 2013, Recife, Brazil

ALGUNAS CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE RHS



- Los RHS no son un variable de ajuste, sino un elemento clave para la transformación de nuestros sistemas de salud de tal manera que respondan mejor a las necesidades de la población
- Los RHS son unos requisitos para hacer posible sistemas de salud basados en la APS renovada como énfasis
- No se pueda lograr una cobertura universal sin acceso universal, ya que la atención con personal calificado y pertinente sigue ser un determinante de la salud potente
- Si hablemos de equidad, los RHS participan a este logro definiendo el equilibrio en el sistema de salud, cual sea su articulación como sistema mixta o público

VISIÓN DE BUENOS AIRES (2015): ALGUNAS APROXIMACIONES



- Capacidad de rectoría y gobernanza en materia de RHS:
 - ¿Es posible anticipar las necesidades para que nuestros sistemas de salud respondan mejor y monitorear el cambio?
- Distribución y dotación de rhs en el contexto de HSS:
 - ¿Un potencial para operacionalizar la colaboración interprofesional en el contexto de equipos multidisciplinares?
- Capacitación de los RHS :
 - ¿Necesidad de un proceso docente-asistencial basado en competencias para producir perfiles esperados?



1. CAPACIDAD DE RECTORIA Y GOBERNANZA EN MATERIA DE RHS



¿ES POSIBLE ANTICIPAR LAS NECESIDADES PARA QUE NUESTROS SISTEMAS DE SALUD RESPONDAN MEJOR Y MONITOREAR EL CAMBIO?



Health Workforce



Individuals delivering care or working in health human resources (HHR) are one of the greatest assets of our health care system. Evidence-based planning and management of HHR is a vital part of making sure Canadians can access health services when and where they need them.

Data is submitted to CIHI by national professional societies and associations, provincial/ territorial regulatory bodies and governments, and educational institutions.

CIHI's Health Workforce Database includes information about the 31 groups of health care professionals listed below—information such as practice setting, regulatory environment, supply, and demographic, education and employment characteristics. This information is used by health care planners, decision-makers, policy-makers and researchers to support resource and use planning.

[Audiologists](#)
[Cardiology technologists](#)
[Chiropractors](#)
[Dental assistants](#)
[Dental hygienists](#)
[Dentists](#)
[Dietitians](#)
[Environmental public health professionals](#)
[Genetic counsellors](#)
[Health information management professionals](#)
[Licensed practical nurses](#)
[Medical laboratory technologists](#)
[Medical physicists](#)
[Medical radiation technologists](#)
[Midwives](#)

[Naturopaths](#)
[Occupational therapists](#)
[Opticians](#)
[Optometrists](#)
[Paramedics](#)
[Pharmacists](#)
[Pharmacy technicians](#)
[Physicians](#)
[Physician assistants](#)
[Physiotherapists](#)
[Psychologists](#)
[Registered nurses/nurse practitioners](#)
[Registered psychiatric nurses](#)
[Respiratory therapists](#)
[Social workers](#)
[Speech-language pathologists](#)

UNA ESTRATEGIA EFECTIVA PARA PROYECTAR LA PROFESIÓN MÉDICA EN EL FUTURO



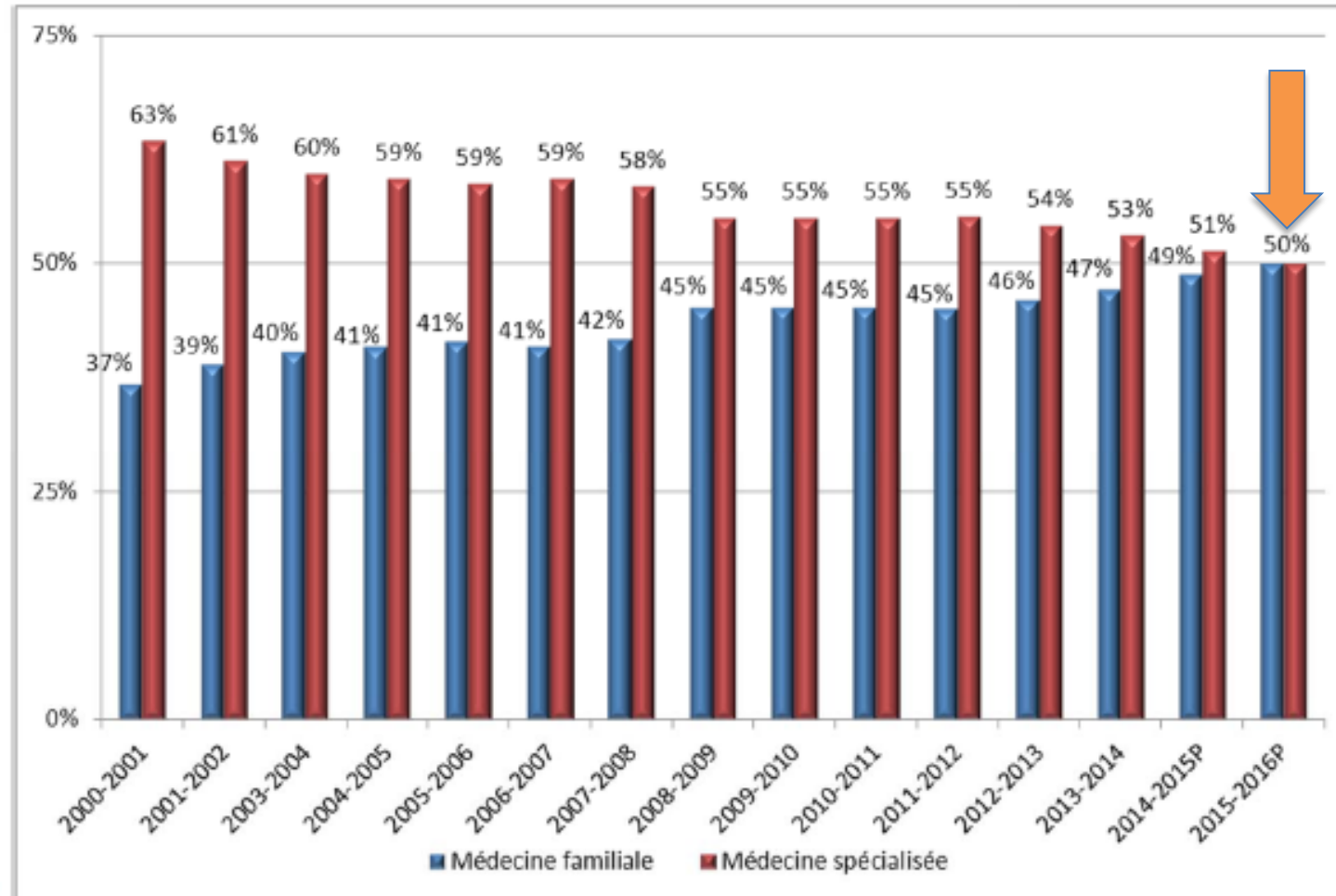
- La Mesa permanente de concertación o como asegurar una representatividad de los actores médicos claves por sus integrantes:
 - Sub-Ministro de los asuntos médicos y universitarios (MSSS) y su equipo técnico
 - 18 Autoridades regionales de salud (ASSS)
 - Asociación de los establecimientos de salud (AQESSS)
 - Colegio de médicos de Quebec: protección del público y control de la práctica médica (registros confiables)
 - Académicos en la esfera estratégica: decanos de medicina (CDFMQ), rectores y presidentes de universidades (CREPUQ)
 - Gremios médicos (sindicatos), incluyendo a los estudiantes y residentes médicos: FMSQ, FMOQ, FMRQ, FEMQ
 - Ministerio de Educación Superior, Investigación y Tecnología
 - Ministerio de comunidades culturales

COMO CONTEMPLAR LA PLANIFICACIÓN DE LAS PLAZAS DE RESIDENCIAS MÉDICAS?



- La Mesa permanente de concertación para la planificación de los médicos en Québec actúa como palanca:
 - Contribuir a mejorar el equilibrio de los médicos entre la medicina familiar y otras especialidades
 - Definir las bases de asignación de las plazas por universidad y por especialidad dentro de ciclos de tres o más años considerando la capacidad docente a través de una política inclusiva
 - Establecer los mecanismos de ajuste otorgando más plazas a los programas de residencia de algunas especialidades que carecen médicos en las redes de servicios
 - Utilizar una modelización basada en calculos y predicciones con la finalidad de proyectar la incorporación de médicos al sistema de salud a corto, mediano y largo plazo – horizonte hacia 2032

EVOLUCIÓN DE LA BRECHA DE PLAZAS PARA LA MEDICINA FAMILIAR



POLÍTICA EXPLÍCITA DEL ESTADO A FAVOR DE LA MEDICINA FAMILIAR



- Discriminación positiva ante las plazas de medicina familiar: se asignó hacia 55% de las mismas en medicina familiar y 45% para las otras especialidades desde 2017
- Si añadimos los cupos que reservamos para especialidades de base, alcanzamos 73% de estos cupos como elegidos del total, lo que resulta en una señal fuerte a favor de la APS renovada
- Una mezcla de presión eficaz y de estrategias de valoración de las carreras de medicina familiar con los ámbitos académicos, de investigación y de influencia a nivel estratégico
- Balance alentador de resultados, ya que 90-95% de las plazas tienen ya postulantes y los esfuerzos se deben mantener en el tiempo para que los residentes sigan hasta terminar con su formación



2. DISTRIBUCIÓN Y DOTACIÓN DE RHS EN EL CONTEXTO DE HSS

¿UN POTENCIAL PARA OPERACIONALIZAR LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN EL CONTEXTO DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS?



EL DESEMPEÑO LABORAL DE MÉDICOS Y SU DISTRIBUCIÓN EN EL TERRITORIO NACIONAL

- El derecho al acceso a los servicios de salud y asistencia social, incluyendo la atención médica, está contemplado como una garantía explícita por el financiamiento público del sistema de salud
- Planes de cargos o puestos médicos restringiendo el número para cada una de las 18 regiones con instancias involucrando a la profesión médica y comités nacionales con el MSSS
- Pasantías obligatorias hasta 3 meses al exterior como requisitos mínimos de los programas de residencia y a veces por el curso completo, en el caso de la medicina familiar (nuestro servicio social?)
- Incentivos financieros cuando se practica la medicina a fuera de regiones centrales o universitarias: remuneración incrementada, bonos de educación continua, otros beneficios (acuerdos vigentes)

REFERENTES NACIONALES DE COMPETENCIAS PARA LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL



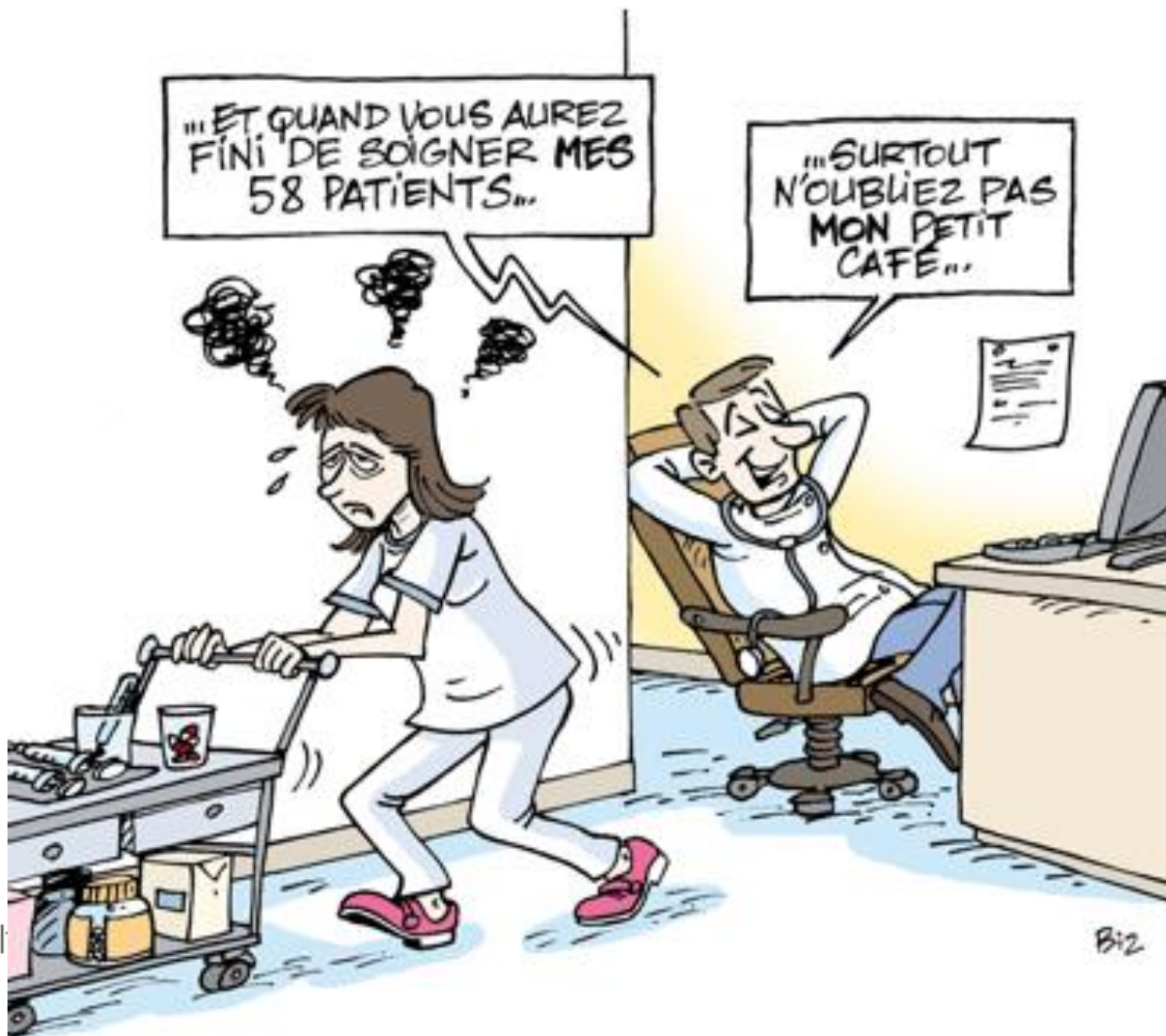
LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL ES COMO UN REQUISITO PARA APS

Algunas competencias claves en el desarrollo de una capacidad para:

- Clarificar los roles entre profesionistas
- Contribuir a operar un equipo de manera efectiva
- Enfocar la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad
- Asumir un liderazgo colaborativo
- Comunicar eficazmente a nivel interprofesional
- Participar en la resolución de conflictos



CUANDO USTED VAYA A TERMINAR A CUIDAR A MIS 58 PACIENTES... SOBRE TODO QUE NO OLVIDE MI CAFECITO



LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL ENTRE EL MÉDICO DE FAMILIA Y LA ENFERMERA ES EMBLEMÁTICA EN APS

El médico es un socio para la enfermera que sabe cuando pedirle la consulta mientras que el médico establece una receta colectiva para actos médicos que la misma ejecuta de manera autónoma, si sea una práctica avanzada APS

- La literatura científica ha demostrado que es un modelo muy eficiente
- Esta colaboración interprofesional aumenta el acceso a la atención de manera significativa
- Los servicios están enfocados mejor a través de estrategias de prevención y de promoción de la salud
- Se encuentra un aumento de la calidad y de la seguridad en la atención, lo que va a contribuir a mejorar la salud

¿PERO COMO PUEDAN TRABAJAR JUNTOS SI NO APRENDEN JUNTOS?



How can they work together
if they don't learn together?



Canadian Interprofessional Health Collaborative
Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé



3. CAPACITACIÓN DE LOS RHS

¿NECESIDAD DE UN PROCESO DOCENTE-ASISTENCIAL BASADO EN COMPETENCIAS PARA ABARCAR PERFILES ESPERADOS?



UN ENFOQUE SOBRE NUEVAS COMPETENCIAS PROFESIONALES



Orientado a la comunidad
Relación médico-paciente

Clínico experto
Recursos para una población definida

CanMEDS-Médecine familiale

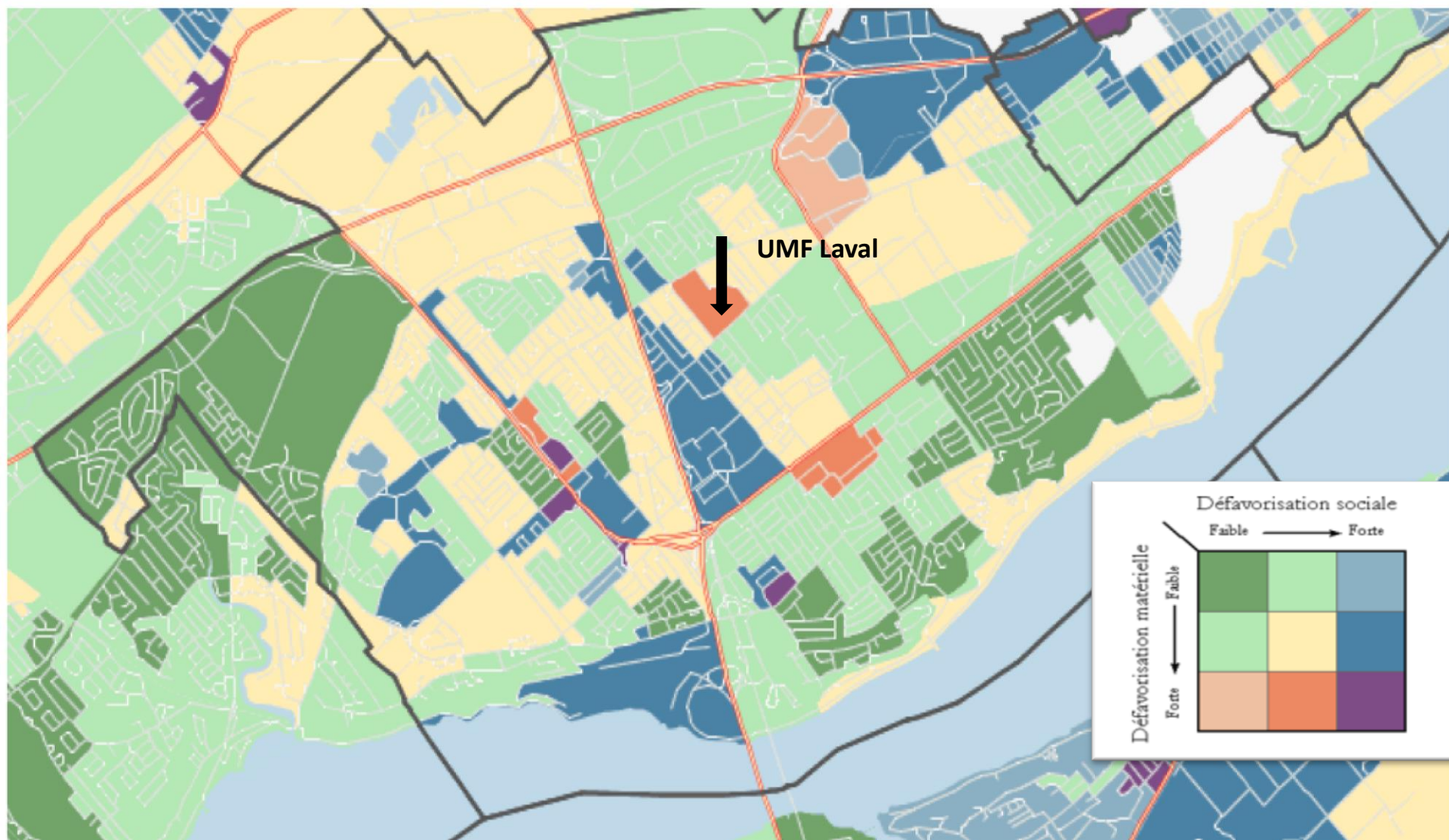
Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

UNA RED DOCENTE-ASISTENCIAL EXTENDIDA: EL EJEMPLO DE LA FM-ULAVAL

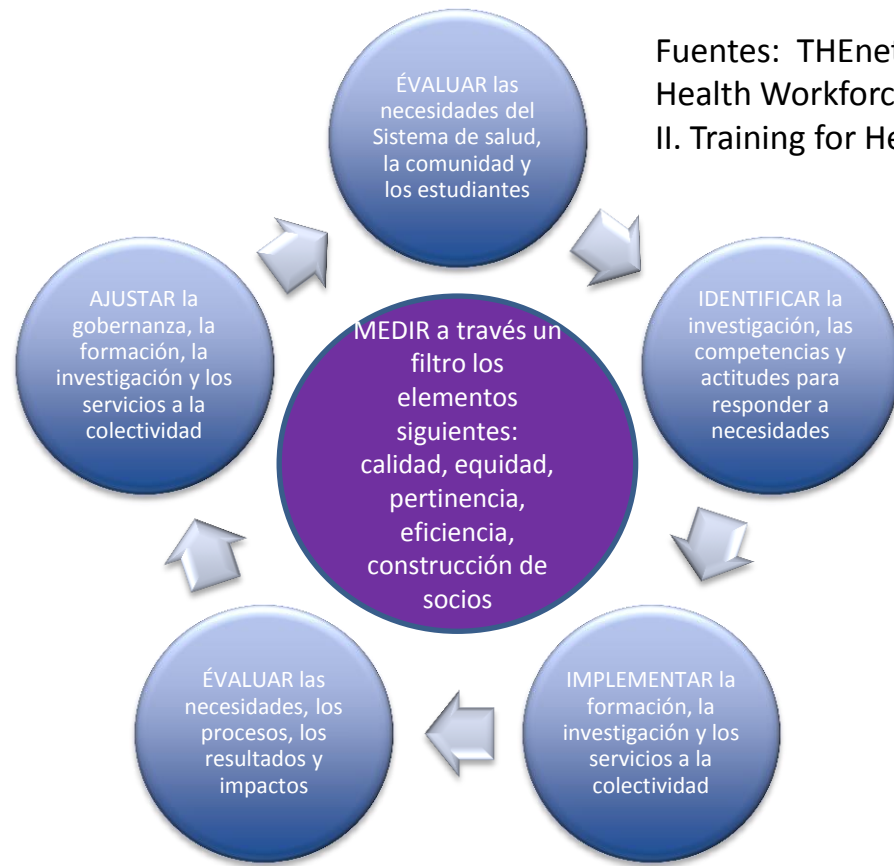


- 7 regiones administrativas
- 80 establecimientos de salud
- 1,8 millones de habitantes
- 12 unidades de medicina familiar de las cuales 6 se encuentran a fuera de la región universitaria de la capital nacional

UNA CARTOGRAFÍA PARA UBICAR A GRUPOS VULNERABLES



¿QUE IMPLICA LA FORMACIÓN EN UN ENTORNO ACADÉMICO SOCIALMENTE RESPONSABLE?



Fuentes: THEnet's Framework for Socially Accountable Health Workforce Education Version II. Training for Health Equity Network, 2016.



RETOS, DESAFIOS Y PERSPECTIVAS POR DELANTE

NECESITAMOS EJERCER UNA VIGILANCIA
POR LAS AMENANZAS, RENOVAR EL
CONTRATO SOCIAL Y SER AUDAZ

ALGUNOS RETOS PENDIENTES (Martin et al, 2018)



- La presión fiscal o ¿cómo resistir a los esfuerzos para fragilizar al sistema público y fomentar su revitalización?
- El envejecimiento de la población o ¿cómo innovar con una nueva concepción del modelo de atención?
- El acercamiento a los determinantes sociales de salud o ¿cómo consolidar programas y políticas sociales eficaces?
- La geografía dispersa o ¿cómo armar redes regionales de alta calidad y la telemedicina en zonas remotas donde vive 18% de la población?
- Acceso de los inmigrantes a la atención o ¿cómo superar las diferentes barreras etno-culturales en grandes ciudades: 325 000 en 2015...

DESAFIOS CLAVES POR DELANTE

(Martin et al, 2018)



- Reducir la espera para condiciones de salud no urgentes: (30% >2 meses por la atención médica especializada y 18% >4 meses por cirugías electivas)
- Ampliar el paquete básico, a fuera de la atención médica y de la red, para incluir de modo ambulatorio medicamentos, atención odontológica en adultos, atención domiciliar, salud mental y de modo comunitario alojamiento para personas no autónomas, etc
- Enfrentar las desigualdades que se encuentran en los pueblos indígenas por el efecto cumulativo del gradiente de los determinantes sociales de salud


PARA SUBRAYAR LAS BRECHAS CON LOS PUEBLOS INDIGENAS...

- TOTAL: 1 400 000, 4,3 % de la población total en Canada
 - Primeras Naciones: 850 000 habitantes
 - Metizados: 450 000 habitantes
 - Pueblo Inuit: 60 000 habitantes
- Panorama de salud muy preocupante
 - Carga de enfermedad infecciosa +++
 - Diabetes y suicidios: 3-5 veces más que la población canadiense
 - Determinantes sociales de salud precarios :2/3 con alerta permanente sobre agua potable
 - Mortalidad infantil 1,5 veces más y esperanza de vida inferior de 5 y 9 años

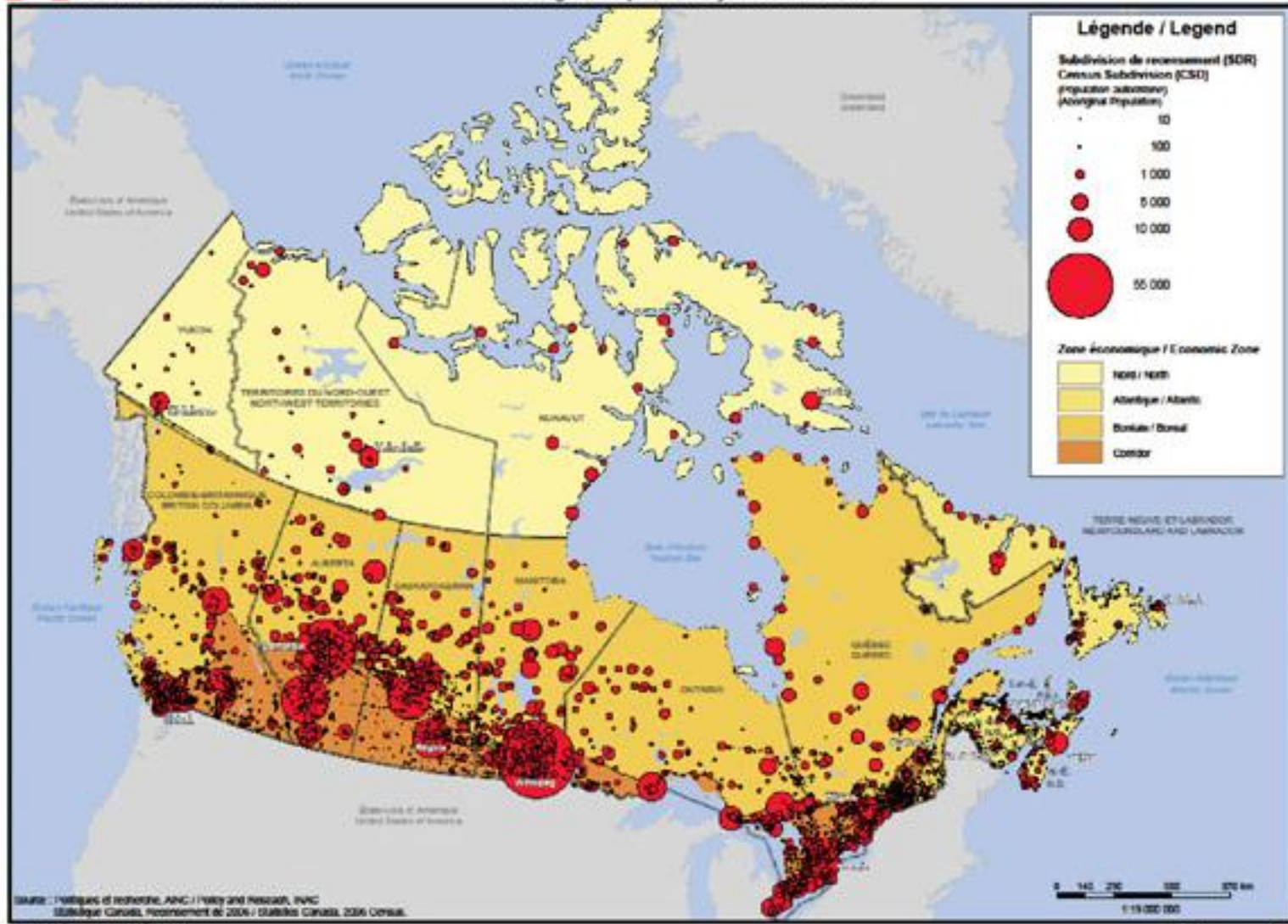


MAPA DE LA CONCENTRACIÓN DE LOS PUEBLOS INDIGENAS



 Affaires indiennes / Indian and Northern Affairs Canada

Population autochtone par zone économique
Aboriginal Population by Economic Zone



Source : Statistique Canada, Recensement de 2006 / Statistics Canada, 2006 Census.

Services géomatiques, août 2009.
Geomatics Services, August 2009

CONCLUSIÓN



- La rectoría del sector salud fue un espacio de legitimidad para hacer de la APS un pilar del sistema de salud en los 30 últimos años y llevar una agenda protagónica de equidad y solidaridad
- La reconfiguración de los establecimientos de salud gana a fomentar redes integradas locales de salud ante las cuales se puedan acudir a todas las personas y grupos en zonas más remotas y de alta vulnerabilidad
- Un sistema de salud basado en la APS requiere equipos efectivos de salud con una colaboración interprofesional efectiva y nuevas reglas del juego ante el ejercicio profesional por estrategias en RHS audaces
- El papel protagónico de la academia y de otros actores claves para la transformación curricular, la incorporación de una visión de los perfiles esperados con una misión social articulada es sumamente clave

Gracias por su atención

