

PROYECTO DE INVESTIGACION
PROTOCOLO PARA EL ANALISIS DE SISTEMAS DE SALUD

PANEL NACIONAL

En el proyecto de investigación "Protocolo para el Análisis de Sistemas de Salud" se contemplaba la realización de un panel nacional de trabajo, que tuviera lugar al finalizar el primer año de los 3 en los que se proponía llevar a cabo el estudio, con una serie de objetivos relativos a la validación de la propuesta de análisis y del trabajo realizado en ese primer año.

Los días 27, 28 y 29 de junio de 1988 se reunieron en la Escuela Andaluza de Salud Pública una serie de profesionales de diversos ámbitos y procedencias dentro del Estado español, con el fin de cubrir los siguientes objetivos:

- I. Discutir la necesidad de un protocolo de análisis de sistemas de salud y contextualizar dicha propuesta a la luz del actual estado de conocimiento en dicha área.
- II. Criticar desde diferentes perspectivas el protocolo de análisis propuesto.
- III. Completar la metodología de análisis para la descripción fragmentada del sistema de salud y discutir el grado de exhaustividad de la descripción de cada uno de los componentes.
- IV. Validación global de la metodología propuesta.
- V. Obtener una interpretación valorativa de la descripción del sistema de salud en España desde diferentes perspectivas ideológicas, culturales, sociológicas y profesionales.

Para la consecución de estos objetivos se dispuso con antelación suficiente de la siguiente documentación:

- Documento de trabajo inicial, en el que se explicita la propuesta de análisis.
- Descripción del sistema de salud en España desglosado en los componentes propuestos en la metodología, pendiente de ser completada y validada.
- Bibliografía general acerca de análisis de sistemas sanitarios y documentación administrativa del panel.

Bajo la coordinación del investigador principal, se reunieron 10 profesionales españoles, desglosándose en el siguiente cuadro su titulación, área actual de trabajo, experiencia fundamental y procedencia según comunidad autónoma:

	<u>Titulación</u>	<u>Area actual de trabajo</u>	<u>Experiencia fundamental en</u>	<u>Procedencia</u>
1	Médico	Dirección atención sanitaria en urgencias	Administración de Servicios	C.A. Vasca
2	Médico	Planificación estratégica	Planificación	C.A. Andaluza
3	D.U.E. Sociólogo	Formación continuada	Docencia en Administración	C.A. Andaluza
4	Sociólogo	Asesor en Administración Sanitaria provincial	Sociología Sanitaria. Investigación sociológica	C.A. Cantabria
5	Médico	Gestión en Atención Primaria, nivel provincial	Participación comunitaria	C.A. Canaria
6	Médico	Epidemiología nivel central	Docencia e Investigación	C.A. Madrid
7	Médico	Administración programas internacionales	Investigación de Servicios y Epidemiología-docencia	C.A. Andaluza
8	Economista	Docencia e investigación	Administración y gestión recursos financieros	C.A. Andaluza
9	Biólogo Médico	Colaborador investigación en Análisis de Sistemas	Salud Pública General	C.A. Andaluza
10	Médico	Docencia	Administración de programas	C.A. Andaluza

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

El panel se desarrolló a lo largo de seis sesiones de trabajo, dirigidas respectivamente al logro de los objetivos según la relación siguiente:

- Sesión 1: OBJETIVO I
- Sesión 2: OBJETIVO II
- Sesión 3: OBJETIVO III
- Sesión 4: OBJETIVO III
- Sesión 5: OBJETIVO IV
- Sesión 6: OBJETIVO III

De cada una de las sesiones se realizó una descripción final, a modo de relatoria que se presenta en Anexo I. El contenido del anexo es presentado a modo de conclusiones referidas a cada uno de los objetivos propuestos.

Al objeto de cubrir el objetivo V, fundamental del panel, se establece una sesión especial en la que cada participante hace un intento de valoración global del sistema de salud en España, tras un periodo de reflexión, presentando sus conclusiones, oralmente y por escrito, al resto de participantes en el panel y quedando su aportación incorporada al desarrollo del proyecto de investigación.

Las valoraciones de 7 de los participantes se presentan en Anexo II.

Con esta sesión especial se da por concluido el panel, pendiente de presentar sus resultados como parte integrante del Seminario Internacional a realizar días después en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en el cual se presentan a discusión estas conclusiones del panel, tendentes a cubrir los objetivos específicos del seminario.

Con las conclusiones del panel y la discusión a surgir en el Seminario de Análisis Comparativo de Sistemas de Salud en el Sur de Europa se planteará la obtención de material añadido al proyecto, fundamentalmente referido a:

1. Modificación del protocolo de análisis propuesto, tras la incorporación de las conclusiones del panel y seminario.
2. Obtención de una síntesis interpretativa de la situación actual del sistema de salud en España a la luz de los principios que inspiran el modelo del proyecto de investigación.



ANEXO I

DESCRIPCION DE LAS SESIONES

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

SESION 1

a) JUSTIFICACION DE LA NECESIDAD DE UN PROTOCOLO DE ANALISIS

Respecto a la observación del fallo del modelo de Seguridad Social en los países del sur de Europa como explicación parcial de la propuesta de Sistemas Nacionales de Salud emergentes:

- Se planteó que era primordial determinar las características definitorias de la crisis de los modelos de Seguridad Social en nuestro entorno. Concretamente y respecto a dicha crisis:

1. ¿Qué es específico de los sistemas de Seguridad Social?

2. ¿Qué es genérico?

2.1. ¿Qué es relativo a la crisis del Estado del bienestar?

2.2. ¿Qué es relativo a la crisis de todos los sistemas sanitarios en su conjunto?

La respuesta a estas cuestiones no se explicita suficientemente en el protocolo.

- Se manifestó que en última instancia las crisis dependen de los valores socio-culturales y económicos de sus respectivas poblaciones. Idénticas crisis pueden ser generadas por motivos diferentes.

- La distribución de poder dentro de los sistemas sanitarios (poder de la profesión médica de p.e.) explica muchas de las características de sus crisis.

Finalmente se mencionó la importancia de que la financiación no entre en franca contradicción con los principios que guían el modelo.

b) Respecto de los objetivos que se pretenden alcanzar con la propuesta de análisis contenida en el protocolo, como son:

1. Identificar obstáculos (tanto generales como locales)

2. Identificar alternativas de acción

Se extractan las siguientes consideraciones surgidas de la discusión:

- Como hipótesis inicial se avanzó que dichos objetivos deberían ser alcanzados en el marco de un nuevo modelo de fragmentación del sistema de salud en el que el tipo de financiación no fuera el elemento central.

- Primeramente, la discusión se centró en la dificultad de abordar al mismo tiempo dos niveles de investigación demasiado complejos por sí mismos como son:

1. Análisis (objetivo 1)
2. Aplicación operativa del análisis (objetivo 2)

Se propuso, en consecuencia, centrarse en el objetivo 1, es decir, el análisis de obstáculos.

- El siguiente punto discutido se refirió a las condiciones que como paso previo cualquier ejercicio analítico conlleva. Dichas condiciones representan los principios que deben guiar el análisis y por tanto deben ser consensuados.

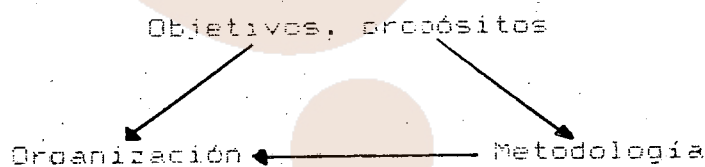
Se destacaron 3 principios fundamentales, que representan valores ampliamente aceptados como necesarios para la atención sanitaria:

- Equidad
- Racionalización
- Descentralización/democratización

* Nota: Se propuso utilizar el concepto "aceptabilidad" que, abarcando a la descentralización/democratización, es más amplio que éste.

- Estos principios podrían ser desarrollados derivando elementos a partir de ellos que constituirían objetivos del análisis.

Es decir, esos principios guiarían el diseño de los elementos descriptivos y la metodología de acuerdo con postulados de coherencia entre:



* Principios "ex-ante" diseño y análisis

- Se planteó que, de acuerdo con los principios antedichos, se debería prefiar un modelo ideal y evaluar en qué medida el modelo real se ajusta o no a él, o bien su desarrollo va o no en el sentido propuesto, matizando, no obstante, que las valoraciones tienen diferentes lecturas según desde qué perspectiva o intereses se realicen.

SESION 2

ANALISIS DEL PROTOCOLO DE TRABAJO DEL PROYECTO GLOBAL

Se expuso el protocolo de trabajo basado en 2 subsistemas: Subsistema "Comunidad" . Subsistema "Servicios" y sus interrelaciones, pasándose seguidamente a discusión de la que se derivó las recomendaciones siguientes:

- Dotar a cada elemento de atributos o variables de descripción para caracterizar dichos elementos de forma consistente.
- Describir la fuente de validación en relación a la caracterización de cada elemento.
- Definir e introducir la perspectiva o visión desde la que se realiza dicha descripción.
- Una vez completada la descripción de ambos subsistemas, hacer una valoración global de su utilidad.

SESION 3

Durante esta sesión se decidió elaborar una serie de atributos para la descripción de cada elemento, empezando por los elementos del subsistemas comunidad. Ello debido a que se había concluido que la descripción debía ser rigurosa, lo que implicaba prefijar los atributos por los que cada elemento debía ser "medido".

La elaboración de dichos atributos reveló de inmediato ser una empresa lenta y tediosa por lo que sólo se elaboraron atributos para tres elementos comunitarios:

ESTADO DE SALUD

- Mortalidad
- Morbilidad
 - Objetiva
 - Subjetiva
- Discapacidad
- ¿Indicadores Positivos?

} Referidos a tiempo/espacio/sexo/clase social

CONDICIONES DE VIDA

- Empleo (paro, estabilidad, condiciones)
- Instrucción-educación
- Vivienda, saneamiento
- Clima/dieta

ESTILOS DE VIDA

- Uso de alcohol/tabaco/drogas
- Grado de automotorización
- Prácticas deportivas
- Adicciones
- "Stress"
- "Modas"

Fue en este elemento donde empezaron a aparecer importantes dificultades en la formulación de atributos destacando una serie de matizaciones:

* La descripción de este elemento conlleva un peligro de culpabilidad de la víctima, por lo que se debe excluir el calificativo de saludables en su enunciación.

* Es de necesidad incluir en éste u otro elemento los factores económico-sociales que actúan como condicionantes de los estilos de vida.

* Se constata el solapamiento de este elemento con otros, como condiciones de vida y estructuras sociales de apoyo lo que hace difícil su categorización en atributos.

* Se plantea finalmente que el enunciado de los condicionantes puede estar suficientemente explicitado en otro apartado del protocolo, titulado "factores que influenciaron ..." por lo que puede resultar reiterativo hacerlos constar en la descripción de cada componente.

SECCION 4

Propuesta: Intentar instrumentalizar dos elementos para ser valoradas/descritas.

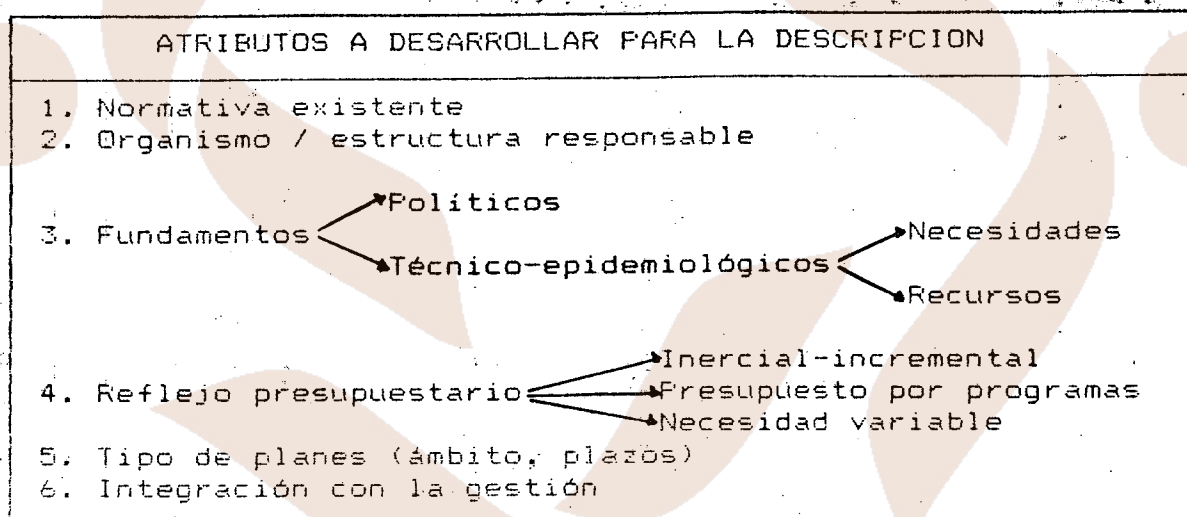
Los elementos elegidos fueron:

- SISTEMA DE PLANIFICACION
- MODELO DE CONTROL

Finalmente solo se abordó el primero, proponiéndose inicialmente una serie de atributos para la caracterización de la planificación y pasándose posteriormente a una profunda discusión de la pertinencia o no de dichos atributos:

PROPUESTA INICIAL:

MODELO DE PLANIFICACION

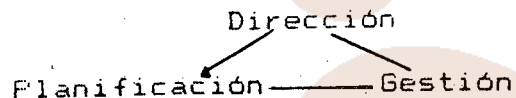


DISCUSION:

Primero se abordó una serie de cuestiones generales a tener en cuenta para emprender la actividad planificadora, en concreto:

- Los atributos son meras referencias para incluir apreciación discriminativas en orden a diferenciar modelos de planificación.
- Planificación existe "de facto" en cuanto que nos enfrentamos a una realidad compleja. La aproximación debe ser hacia la modificación de la planificación existente y su adecuación en función del contexto en que se desarrolla.
- Es importante tener en cuenta los diferentes objetivos reales entre diferentes niveles y partes de la organización así como la estructura de poder en el sector sanitario. Esto implica un análisis institucional que es necesario para planificar.

- Los planes deben ser claramente explícitos y concretos, cuestión de enorme relevancia para poder aplicar el control.
- Es importante clarificar la relación



- La planificación determina los demás aspectos del proceso administrativo (organización, gestión, evaluación, control).
- La gestión es una aplicación, a nivel micro, de la planificación estratégica.

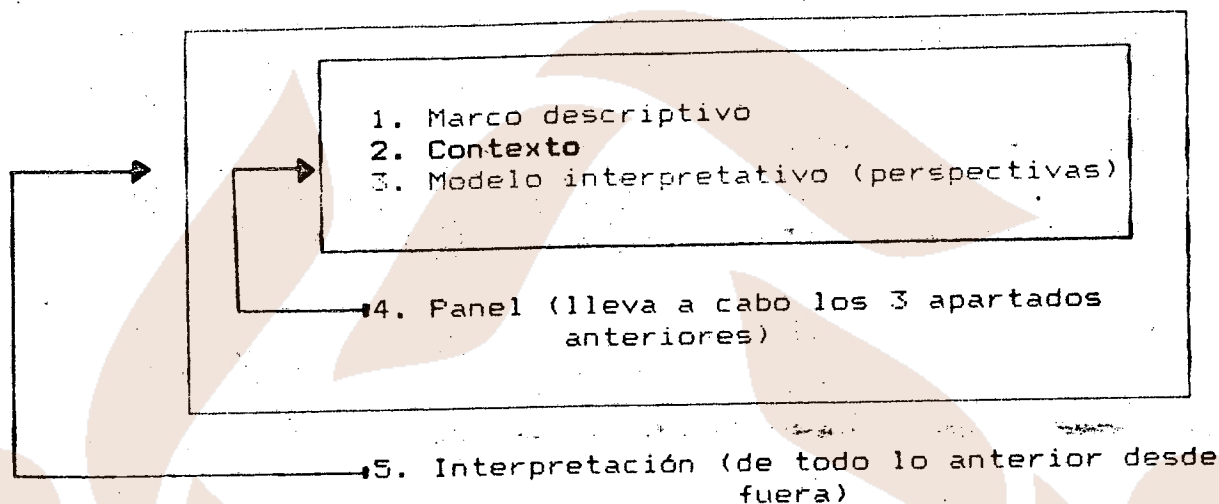
Posteriormente se pasó a someter a crítica la batería de atributos propuestos del modelo de planificación, destacándose que:

- En el esquema descriptivo del modelo de planificación se plantea el qué y el el cuándo de la planificación pero no el cómo.
- Se sugirió introducir en el punto 3, procedimientos de determinación de necesidades.
- Se debería considerar la responsabilidad encomendada a los diferentes niveles (quién decide qué).
- Se planteó que el cómo (planificación estratégica) en el nivel central debe solo dar pistas más que preveer lo que debe ser realizado a nivel periférico. Por tanto, la planificación estratégica debe referirse a las propuestas y/o condiciones que el nivel periférico debe crear para que el plan sea ejecutado.
- Desde el nivel central se deben tomar las decisiones en cuanto al qué y cuándo de la planificación y en cuanto a la asignación de los recursos necesarios, dejando al nivel periférico la forma de llevar a cabo los objetivos planteados en coherencia con las características organizativas.

SESION 5

Se propuso una revisión global acerca de la metodología de análisis propuesta, destacando las siguientes matizaciones:

- La metodología de análisis se puede sintetizar en el siguiente esquema:



- El modelo no trata de desglosar (desagregar) todos los elementos del sistema, sino utilizar aquellos elementos que tienen relevancia en el contexto (socio-cultural y político) para llegar a ser una síntesis descriptiva = **Análisis global**.
- Lo importante de la descripción es explicitar las claves del proceso de desarrollo del sistema de salud.
- Un plan debiera ser un acuerdo entre los diferentes niveles que intenta comprometer a las máximas personas posibles en relación a la ejecución del plan.
- La caracterización (descripción) en dos subsistemas es de un "valor estratégico" al incluir a la comunidad y no considerarla al margen. En ello se basa la UTILIDAD de dicha descripción.
- Es importante considerar que el análisis efectuado conlleve el riesgo de la óptica o perspectiva utilizada en cada caso.
- En la evolución de la Salud Pública ha ocurrido una sumación de técnicas y disciplinas que culminan en nuestros días con la promoción de salud:

- Microbiología
+
- Epidemiología
+
- Reforma de la Administración
+
- Promoción de Salud

Este enfoque de promoción de salud exige la toma en consideración de las diferentes perspectivas existentes para la interpretación (comprensión) del desarrollo del sistema sanitario. Consiguientemente, la metodología propuesta trata de identificar obstáculos y problemas integrando la información proveniente de distintos enfoques valorativos.

De la discusión posterior se hacen notas las siguientes consideraciones:

- El modelo es útil para llegar a un consenso entre los diferentes perfiles profesionales que ejecutan el análisis.
- Se expuso su posible utilidad a nivel local, exponiéndose una experiencia en la que actualmente participa uno de los asistentes, en la que se intenta modificar la orientación biologicista actual de la atención a partir de la propia comunidad. Para ello se han creado grupos de trabajo formados por miembros de la comunidad y profesionales del equipo de atención primaria.
- Se manifestó, sin embargo, que estos objetivos pueden ser inalcanzables debido a las actitudes tanto por parte de los profesionales como de la comunidad con importantes confrontaciones.
- Se planteó que, habida cuenta de estos inconvenientes, se debía hacer énfasis en la intervención. Con este enfoque no sería necesaria la consideración de muchas perspectivas, ya que una puede ser suficiente para identificar problemas.

El problema tal vez radica en las concesiones (negociaciones) que uno tiene que hacer en función de la "correlación de fuerzas" existente para ejecutar las intervenciones antedichas.

- Se expuso, por otra parte, que existen dos argumentos fundamentales a favor de la participación:

- Eficacia (garantía de ejecución)
- Ejercicio de democracia

"La democracia tiene un precio a corto plazo pero es mucho más rentable a medio y largo plazo".

- Se incidió en la diferente estructura de ambos subsistemas: "comunidad" y "servicios", destacándose el apoyo que la Atención Primaria puede prestar a la dinámica de la comunidad además de evitar acciones antagónicas o de suplantación de la propia dinámica comunitaria.

- Se mencionó el hecho de que las acciones emprendidas por parte de los servicios en beneficio de la calidad, eficiencia, etc. a menudo se resuelven en contra de los sectores más débiles, con detrimento de la equidad.
- Finalmente se puso de manifiesto las diferencias existentes entre las comunidades del norte y sur de Europa, con una posición claramente menos antagónica por parte de las comunidades del sur de Europa, cuestión que favorece la extensión de un "puente" desde los servicios.



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

SESION 6

Durante esta sesión se continuó con la discusión sobre el modelo de planificación y su descripción. Inicialmente se sugirió el esquema evolutivo siguiente:

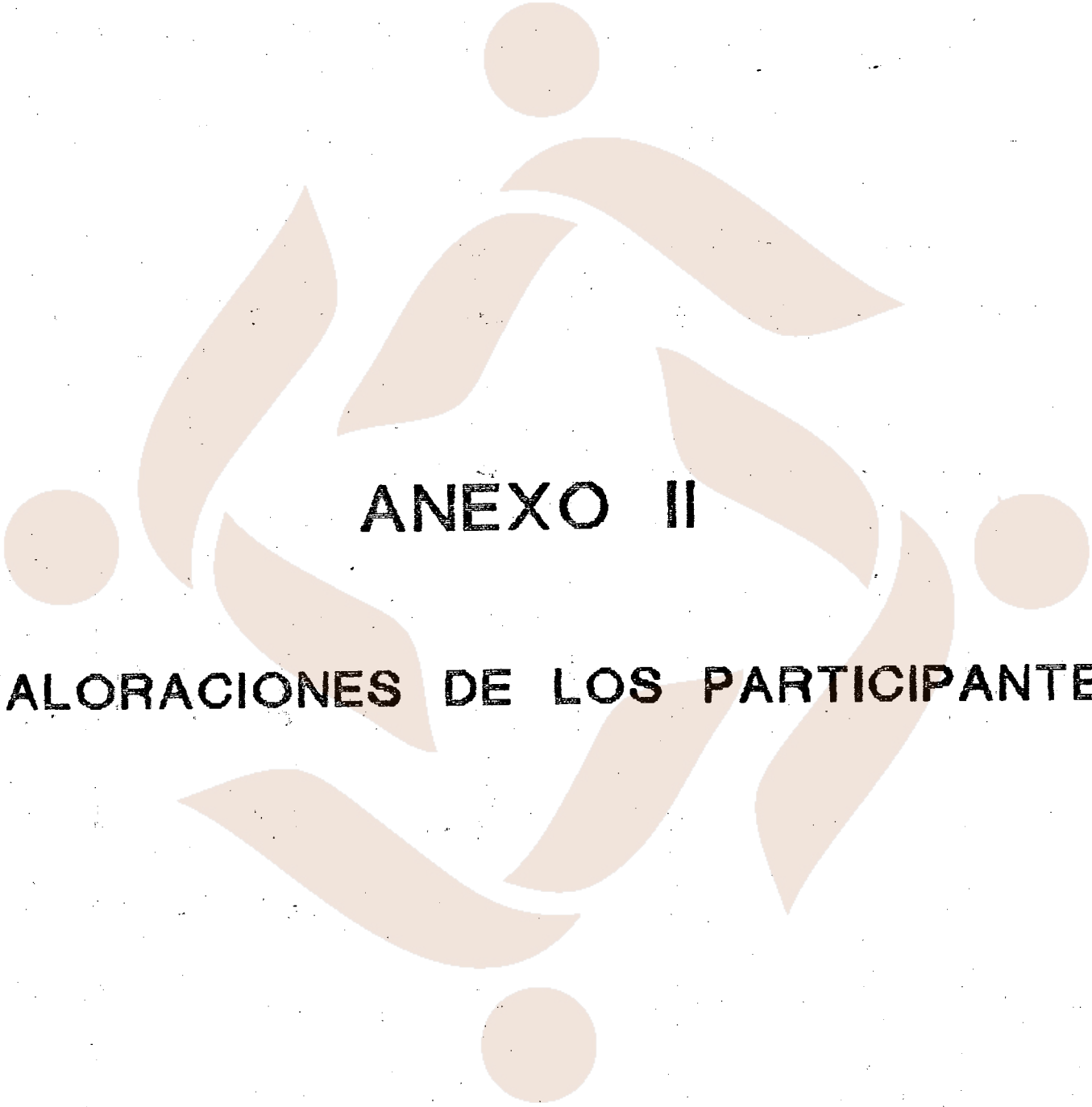
Modelo existente

- Conjunto de técnicas separadas del nivel operativo
- Paradigmas: Económico
Epidemiológico

Modelo emergente

- Compromiso de grupo a nivel operativo que favorezca el logro de fines comunes
- Paradigma: Promoción de salud

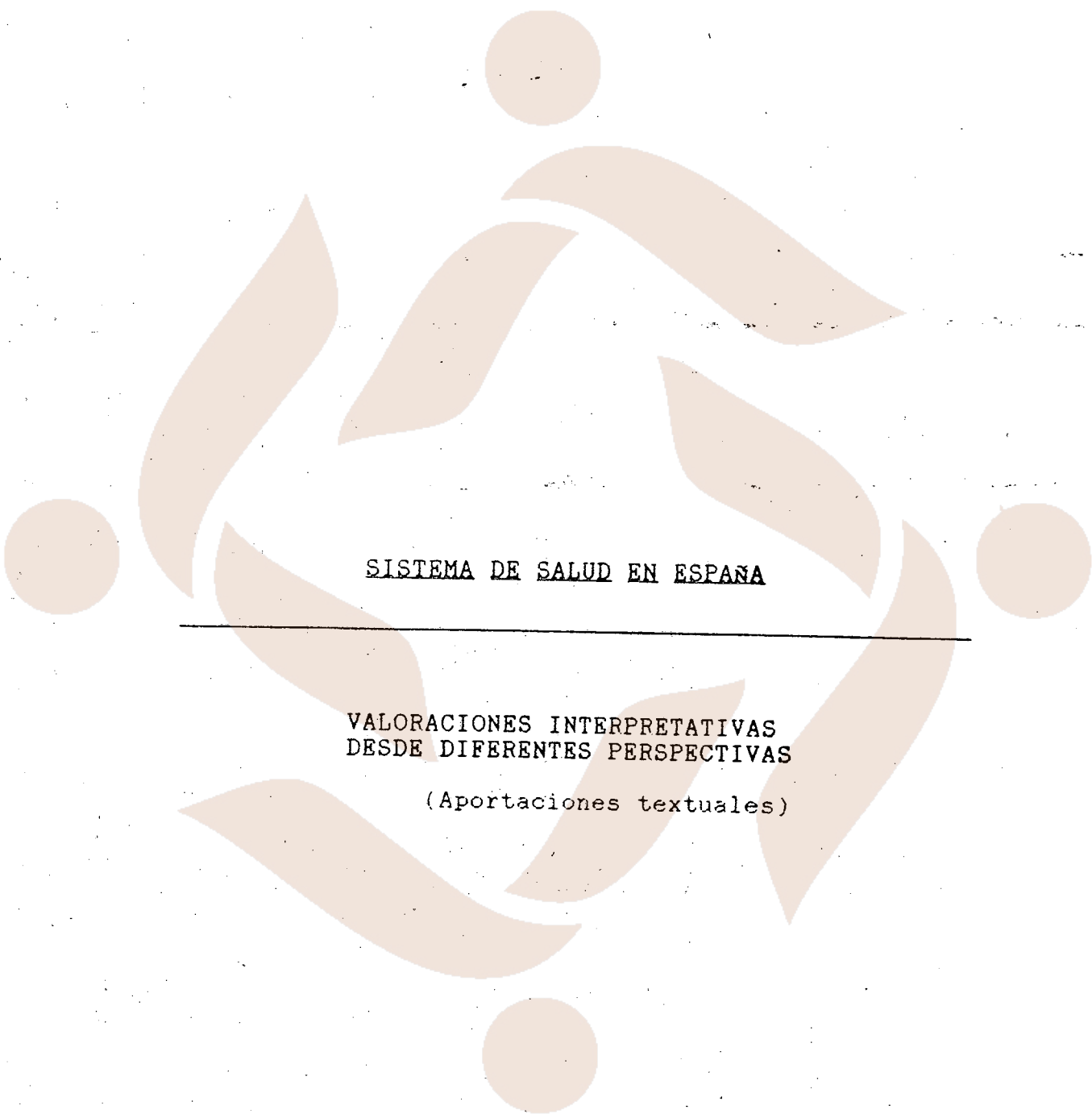
- Se plantea la dificultad de criticar el calificado como "modelo existente", dado que la planificación bajo ese modelo no ha existido en la realidad, al menos de manera explícita y consistente en nuestro medio.
- Se discute, sin acuerdo unánime, la conveniencia o no de que la descripción de los atributos de la planificación sean meramente narrativos o que la narración se complete con un juicio de valor sobre dicha narración. Es dominante la idea de que en la descripción deben integrarse en el menor grado posible los juicios de valor.
- Se discute la necesidad de que la planificación esté unida a la gestión e incluso al control.
- Se afirma que existen suficientes evidencias de que la planificación alejada de los niveles periféricos no es la más adecuada para que sea efectiva. No obstante, existen grandes fines no negociables que deben permanecer contabilizados. Aquí se retoma la idea de que los diferentes niveles planificadores deben aportar diferentes productos en planificación.
- La planificación debe venir respaldada por un apoyo y oportunidad política que posibilite su viabilidad.
- Se insiste, no obstante, en la necesidad de unas directrices políticas que determinen la planificación a realizar en los niveles periféricos de forma concreta y clara.
- Es importante, por último que junto a la caracterización de la planificación, se valore la correlación de fuerzas existente de cara a una posible intervención. ==> Importancia de la planificación estratégica.



ANEXO II

VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA

VALORACIONES INTERPRETATIVAS
DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS

(Aportaciones textuales)

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

Panel Nacional de Trabajo

Escuela Andaluza de Salud Pública

27-28-29 junio 1988

VALORACION 1:

- Carácter explícito de valoración de lo que sigue: "el optimismo" y "la mejora".

- ESTADO DE SALUD Y SUS CONDICIONANTES - lo hablado

- SUBSISTEMA COMUNIDAD COMO TAL:

Más "estructurada" de lo que se dice habitualmente (ver **Hermandades, Cofradías, Clubs, etc....**). El problema está en ser capaces de encontrar las claves para movilizarla, etc.

En ese contexto, papel de los Ayuntamientos y demás fenómenos asociativos institucionales, bajo (=> pero, ¿cómo entonces salen ciertas "cosas"? ¿Quién, por ejemplo, supe toda la ausencia de prestaciones del Estado del Bienestar?). En todo caso, valorar el significado del "cambio" político como **manifestación expresa y sostenida de la** voluntad de participar y estructurar democráticamente.

Problemas específicos: - la marginación "estable"
- las consecuencias de la política social y de empleo pueden hacer cundir la insolidaridad y el "sálvese quien pueda"

=> LA GRAN DUDA DEL PERIODO : ¿QUE IMPACTO GLOBAL VA A TENER LA SUMA DE SITUACION HEREDADA + "CAMBIO" + BUENAS PERSPECTIVAS ECONOMICAS, LA INTEGRACION EN EUROPA, ETC.?

COMENTAR DISTINTAS SALIDAS - ¿liberalismo a ultranza?
- ¿más Estado del Bienestar?
- ¿impacto de las autonomías?
- ¿paso del peso al nivel municipal?

- SUBSISTEMA SERVICIOS

---- Enmarcar lo anterior en su evolución.
---- PREGUNTAS ESPECIFICAS

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

NO CONTROL DE LA SITUACION EN SU CONJUNTO.

- la llamada "indefinición del modelo" (que es un modelo)
- la trayectoria del Ministerio
 - ¿Economicismo?
 - ¿Palos de ciego?
 - ¿Medidas de escaparate?
- las relaciones Insalud-Ministerio
 - transferido - no transferido ("gestión")
 - Ministerio - CCAA

---> Referir a los principios de la LGS:

- equidad: insuficiencia de criterios que la aseguren (ejemplos)
- eficacia, eficiencia, racionalización: interpretación discutible
- democratización/participación: "sin comentarios"
- énfasis en la APS: difícil calificar de coherente: "seguros" sin cobertura universal + concepción quizá aparataista => ¡NECESIDAD DE DINERO!
- política de personal muy deficiente: retribuciones, docencia e investigación
- Insuficiencia crítica de estructura, procedimientos e instrumentos de: delegación, planificación, control.

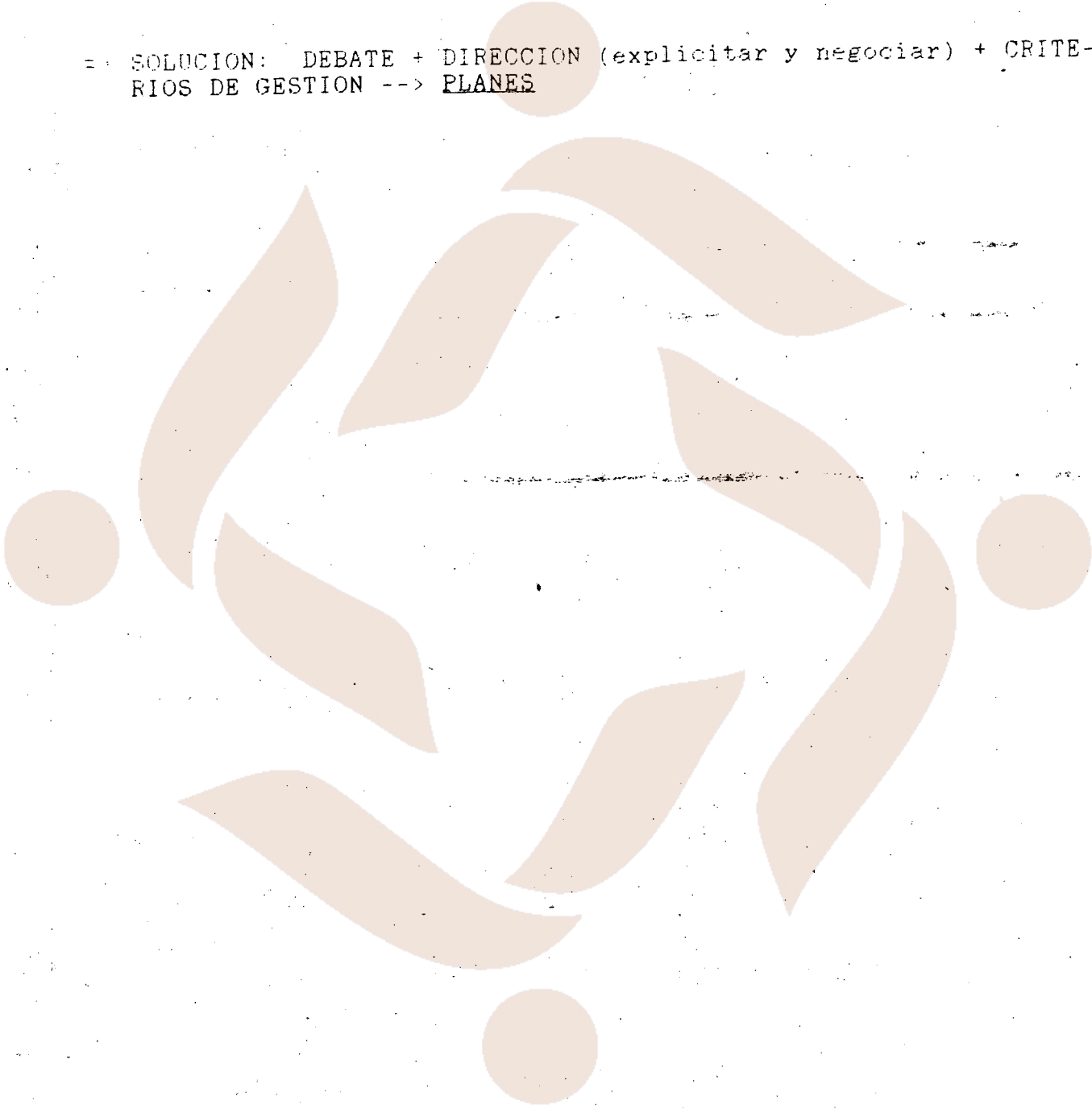
=> SITUACION ACTUAL

- Escasa coherencia inter-entes (CCAA; CCAA-MS, MS-I y dentro de ellos)
 - Descontento de los profesionales
 - Descontento de los usuarios
 - Déficit (¿grave?) sin producto evidente
- => (Entender en su justa dimensión: no catastrofismo)
- > ¿Poca profesionalidad?
- ¿Asimilación social que "la política es irrecuperable"? (ver duplicación de seguros)
 - ¿Indefensión ante los médicos por "ingobernables"? (ver subidas)
 - Poca retabulación social del esfuerzo realizado (ver encuestas)
 - El problema de los profesionales en paro y el desequilibrio entre los recursos humanos (bomba en potencia)
 - Consejo Interterritorial (Coordinación General Sanitaria) (Comentar) + Experiencias en marcha
 - Andalucía
 - Cataluña
 - Euskadi
 - País Valenciano
 - Las estructuras de direcciones y gestiones + las Escuelas de Salud Pública - ¿Para hacer qué?
 - La polémica del porcentaje del PIB: carácter de su falacia relativa

=> El "peligro italiano" en concreto sólo en la accesibilidad y satisfacción de los usuarios

mantener lo "formal" e introducir de hecho elementos prácticos en otra dirección ("que el mercado imponga sus leyes" + "dad a los usuarios lo que quieran")

= SOLUCION: DEBATE + DIRECCION (explicitar y negociar) + CRITERIOS DE GESTION --> PLANES



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

VALORACION 2:

Esta apresurada aportación sobre la situación del Sistema Sanitario Español, tomando como referencia la situación de la Reforma Sanitaria, legitimada por la Ley General de Sanidad, pretende apuntar algunos trazos que a primera vista se nos ocurre y que posiblemente no sean los más relevantes del proceso y para este momento.

La limitación del propio texto legal que permite una interpretación progresiva o regresiva de algunos de los aspectos más relevantes de la Ley como es su financiación y su temporalización o el concepto de libre elección de médico y el papel que puedan jugar el sector privado en la asistencia sanitaria son ejemplos de aquella.

Con el transcurso de estos últimos años la progresiva complejidad de la Reforma Sanitaria con el proceso de descentralización o transferencias a las CC.AA. ha puesto de manifiesto las grandes dificultades por un lado y las incoherencias del Estado por otra en el desarrollo de la propuesta de sistema - versus Servicios Nacionales (regionales) de Salud. Entre las incoherencias podemos señalar la no puesta en marcha o no efectividad de instrumentos claves para la Reforma Sanitaria como el Consejo Interterritorial, los Planes de Salud, la falta de una definición clara y voluntad política para el desarrollo de los Planes de Salud (o Reformas Sanitarias en las Autonomías), política sindical o laboral en la reforma del Estatuto Marco, etc. y también la aparente inexistencia de una estrategia de cambio en el sector salud desde la perspectiva técnica, administrativa y política que permita crear condiciones más favorables en las instituciones sanitarias para el desarrollo del nuevo modelo de Servicio Nacional de Salud (visión progresiva).

Entre las dificultades apuntamos las de todo cambio, pero particularmente las resistencias ideológicas y técnicas en el personal sin una política adecuada y decidida en la formación de recursos humanos. Pero sobre todo consideramos que la presión de las fuerzas económicas y políticas de los países centrales de la CEE sobre la concepción y estructuración del Servicio Nacional de Salud es de gran importancia. El modelo propuesto por la Ley General de Sanidad (visión progresiva) no es la de estos países y la base social de apoyo. La necesidad sentida de ese tipo de reforma centrada en la Atención Primaria de Salud es muy débil; por otro lado, los trabajadores sanitarios tampoco van a oponerse a cambios estratégicos a menos que sus condiciones empeorasen.

En conclusión, a pesar de los propósitos explícitos del Estado por la propuesta de cambio, - que no Servicio Nacional de Salud (frente al deseo de avanzar hacia dicho modelo considerándolo técnicamente más adecuado) -, las dificultades y la incoherencia observadas nos inclinan a plantearnos la necesidad de situarnos en los niveles correspondientes del Sistema, desde los más periféricos, intermedios, regionales o centrales, en una posición de prudente desconfianza hacia la capacidad de Gobierno para conducir la Reforma.

Desde esta perspectiva consideramos necesario profundizar no sólo en el diagnóstico administrativo, relacionado con las medidas a corto plazo más relacionadas con la productividad de los servicios, sino en el diagnóstico estratégico que tiene que ver con la estructura de poder en el sector salud y fuera del mismo y con la determinación sociosanitaria de los cambios y con el diagnóstico ideológico en el subsistema servicios dentro de los componentes técnicos, administrativos y políticos, y en el subsistema comunidad en su más amplio sentido.

Esta propuesta se podría concretar en lo administrativo, creando condiciones para la descentralización en el grado de autonomía para planificar - gestionar - controlar recursos y actividades. En lo técnico para favorecer la formación, investigación y las condiciones de trabajo del personal sanitario y administrativo del sistema potenciando un desarrollo técnico acorde y coherente con la propuesta estratégica de cambio, asimismo potenciado una metodología que favorece la democratización/participación de los trabajadores sanitarios y la población como condición de eficacia aceptando que a corto plazo puede resultar menos eficaz.

Por último, partiendo de la consideración de que la Reforma Sanitaria, aún con una clara voluntad política gubernamental para el cambio, no tiene aún la base social de apoyo necesaria ni la ilusión suficiente de los trabajadores por el mismo, consideramos imprescindible capacitar a los gestores-planificadores y crear condiciones que favorezcan el desarrollo de iniciativas y proyectos fuera y dentro del sector que supongan "avances limitados" que inducen con su efecto multiplicador la ampliación de la base social de apoyo que permitirá legitimar los avances en el cambio y en la Reforma Sanitaria.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

VALORACION 3:

De forma breve y quizá un tanto desordenada, seguiremos en este intento evaluativo la referencia básica de subdivisión del Sistema de Salud en dos Subsistemas (Servicios y Comunidad), haciendo por último una referencia a la interrelación entre ambos subsistemas, siguiendo en todo momento un criterio de análisis exclusivamente cualitativo.

A) SUBSISTEMA COMUNIDAD

- Al margen de la diferencia de edad y sexo, los perfiles epidemiológicos varían según grupos - clases sociales, pudiendo servirnos de modo operativo la subdivisión expuesta en alguno momento por Vázquez Montalbán en:

- . instalados: posición económica estable y acomodada.
- . emergentes: posición económica "media", empleo fijo, titulación.
- . marginados: posición económica "baja-muy baja", sin empleo fijo

- Las diferencias entre los mismos, aunque por supuesto no se trata de grupos homogéneos en si, se reflejan asimismo en la mayor o menor vulnerabilidad a factores de riesgo ligados a ambientes diferentes, y a actitudes/... también variables y que tienen que ver con la ... del hecho salud/enfermedad tanto a nivel individual como colectivo.

- . diferentes percepciones y tipo de reacción ante la salud/enfermedad
- . diferentes interrelaciones sociales (más o menos amplias o cerradas, libres o dependientes, ...)
- . diferentes adicciones (más o menos saludables, en relación en gran medida con el consumo específicamente "médico"...))

- Todo ello condicionado por un contexto general de:

- . crisis de referencias ético-morales tradicionales
- . mensaje político en el que predomina el pragmatismo, la marginación de lo minoritario y la participación delegada con el resultado, también variable, según sectores y ámbitos (rural, urbano, barrios periféricos, ...) de actitudes individualistas, poco solidarias y en ocasiones violentas, con muy escasas manifestaciones de voluntades y estrategias de cambio.
- . tendencia económica al liberalismo "mesurado" (crisis del Estado del Bienestar)

B) SUBSISTEMA SERVICIOS

- Presencia de un sector público mayoritario, financiado conforme al modelo de Seguridad Social en la crisis que se manifiesta principalmente

- en la permanencia - crecimiento de su burocracia
 - en la relación derroche/volumen de gasto
 - en el nivel de calidad de sus prestaciones

- Marco legislativo reciente que deja abiertas las posibilidades de desarrollo futuro en dos sentidos básicos

- provisión de servicios
 - financiación de las prestaciones,

con la trascendencia que ello conlleva, habida cuenta de lo específico del "producto salud" y su fragilidad de distorsión bajo las coordenadas únicas del mercado.

Igualmente, es positivo el Sistema de "Servicios" según Comunidades Autónomas, cuya traducción en descentralización beneficiosa para la gestión de los servicios, dependerá, entre otros factores del grado de asunción por parte del nivel Central de su responsabilidad normativa.

- En la realidad actual, el modelo de planificación y control por el que se rige, se encuentra sujeto a premisas de contención de gasto y respeto a las principales características organizativas del sistema (centralización, burocracia, verticalización de las relaciones, ...)

C) INTERRELACION SUBSISTEMA COMUNIDAD/SUBSISTEMA SERVICIOS

De forma espontánea, y por tanto sin apenas rigor, quizás puedan establecerse dos niveles de interrelación:

a) "POR ARRIBA"

- Signos contradictorios, pero quizás a medio plazo con tendencia a adecuar el modelo de desarrollo del subsistema servicios a las pautas económicas liberales predominantes en Europa Occidental y EEUU.
- Incorporación de criterios/agentes de gestión-planificación más técnicos en relación al funcionariado tradicional
- Reflejo a dichos niveles de actitudes y normas en ocasiones excesivamente ambiguas y a veces condicionadas por las facilidades que en todo contexto ofrece el poder para el desarrollo de proyectos particulares.

b) "POR ABAJO"

b.1. Comunidad integrada laboralmente en el subsistema servicios

- intereses diferentes en relación con "cuerpos" o "status" con escaso grado de convergencia
- persistencia de un alto grado de marginación del ámbito de las decisiones (planificación, gestión, ...)
- condiciones económico-laborales en proceso de mejora
- abstencionismo participativo, quizás creciente en relación con el papel víctima/beneficiario que le asegura la gran rigidez del subsistema en cuanto a gestión de recursos humanos

b.2. Comunidad no integrada laboralmente en el subsistema servicios

- marginación absoluta en el diseño, decisión, desarrollo del subsistema servicios
- actitudes predominantemente "clientelistas" respecto del subsistema
- nivel de interrelación limitado generalmente al ámbito individual, que resulta variable en relación con el modelo impulsado específicamente en Atención Primaria.

VALORACION 4:

Contexto: Crisis del Estado del Bienestar. Revisión de las políticas keynesianas clásicas. Constatación de los "fallos" de funcionamiento del Sector Público: Teoría de la elección pública.

Momento de transición:

Formulada en la Ley General de Sanidad y en el llamado estado de las autonomías en fase de desarrollo, la indefinición y la falta de directrices a nivel estatal es la nota predominante.

La contradicción entre "necesidades" y posibilidad de satisfacción de las aspiraciones colectivas en salud y la posibilidad de expansión del gasto sanitario es cada vez más aguda. La ampliación de cobertura, la necesidad de aumento de las prestaciones reales, los requerimientos de una población más envejecida y la presión tecnológica se enfrentan a un gasto sanitario no especialmente bajo en relación a Europa y la constatación que un incremento porcentual del gasto sanitario público en términos de P.I.B (por ejemplo) puede resultar totalmente estéril.

Incertidumbres

- ¿Qué tipos de servicios sanitarios van a ser garantizados por el Estado?
- ¿Cómo se va a articular a nivel estatal el criterio elegibilidad con el de capacidad?

El debate sobre las estrategias

Desde una opción que priorice la EQUIDAD el debate público - privado puede ser estéril.

El sistema público español de salud necesita como prioridad introducir "esquemas de gestión" que tiendan a un modelo eficiente.

- ¿Qué lugar va a ocupar la estrategia de atención primaria?
- ¿Cómo se va a desregular la relación laboral de los trabajadores del sistema?
- Reconocer el papel central del proveedor sanitario y arbitrar modelos gestión que expliciten dicho rol.
- Introducir competencia a niveles desagregados en la prestación de servicios.
- Sólo modificando las actuales leyes reguladoras: Ley General Presupuestaria, Estatutos, Ley Función Pública, etc. puede plantearse una "cierta" viabilidad del modelo sanitario público.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

VALORACION 5:

- Estado de Salud. - Perfil epidemiológico general semejante al resto de los países desarrollados (descriptivo no valorativo).
- Bolsas de marginación donde se concentra un importante número de problemas correspondientes al "perfil infeccioso"
 - Un tercio de la sociedad en paro con problemas de stress, no adaptación ni "lucha", minusvaloración de sí misma, problemas mentales, drogadicción, etc. Sector previsiblemente mayor que en otros países desarrollados.

- Condiciones de vida y entorno. - Falta de cobertura básica del "saneamiento tradicional" en muchas áreas rurales y de algunos aspectos en zonas urbanas (tratamiento de residuales).
- Poca sensibilización ciudadana y política ante deterioro ambiental.
 - Puntos negros:
 - Vivienda (zonas rurales "a desaparecer", centros históricos de ciudades, suburbios, etc.)
 - Tráfico (carreteras)
 - Condiciones de trabajo (población sin empleo fijo, zonas sin cobertura sindical, economía sumergida, campo (nuevas tecnologías), etc.)
 - Ausencia de políticas de salud (tener en cuenta la salud a la hora de elaborar políticas, políticas explícitas de salud).

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

Estilos de vida. - Estilos de vida en relación a trabajo y alcohol insalubres con mantenimiento de los condicionantes que inciden en ellos.

- Cultura social poco favorable al ejercicio físico
- Dieta tradicional aceptable que intentan modificar (colonialismo cultural, presiones publicitarias).
- Potenciación de la TV en casa, como elemento fundamental para la utilización del tiempo de ocio.
- Persistencia de comportamientos insalubres en relación al campo sexual, relaciones familiares, hombre-mujer, etc.

Estructuras sociales de apoyo. - Importante desestructuración social (sobre todo emigrantes campo-ciudad, centro ciudad-suburbio)

- Decaimiento de la familia extensa
- Inadaptación de la familia nuclear: tendencia a vivir solo.
- Falta de tradición asociativa formal
- Atisbos de articulación social informal (tertulias, tribus, peñas, "lugares de encuentro", etc.)
- Carencia de infraestructura institucional que potencie las nuevas formas de articulación social

Iniciativa individual y social basada en las estructuras anteriores, muy condicionada por la interacción de la estructura de apoyo).

- "Poco apoyo político" (se apoya lo que ... en dirección al planteamiento hegemónico)

- ¿Tendencia al aumento de la iniciativa social?

Autocuidados y fuentes alternativas de cuidados.
(incompleto)

VALORACION 6:

<u>COMPONENTES</u>	<u>VALORACION</u>	<u>T. TEMPORAL</u>	<u>VALIDACION</u>
<u>PRINCIPIOS</u>			
Equidad			
Salud	Insuficiente	?	ENSE, Ine
Físico	Distr. recursos deficiente	↑	Muchas
Administr.	Correcto	↑	Cobertura
Cultural	Insuficiente	↑	Experiencia
Financiero	Correcto	↑	Experiencia
	Refleja dif. "income" fuera S. Público	↑ largo plazo	
Acceso		↑	Universalizarse o mantenerse
Eficiencia	Escasa	↑	largo plazo
Satisfacción		↑	(peor no puede estar)
Sanitarios	Escasa	↑	
No sanitarios	Escasa, entre los que usan los servicios	↑	Encuestas
Descentralización	Escasa (autonómica)	↑	
Participación		=	
Sanitarios	Suficiente		OML, sindicatos, org. sanitaria
No sanitarios	Escasa (sólo formal)	↑	Obvio
C. Intersectorial	Casi inexistente	↑	largo plazo
Orientado a A.P.	Insuficiente	↑	a corto plazo
			Recursos materiales y humanos

<u>COMPONENTES</u>	<u>VALORACION</u>	<u>T. TEMPORAL</u>	<u>VALIDACION</u>
Nivel de salud Objetiva Percibida	Nivel europeo Aceptable	↓↓ peligro ↓↓ peligro	Indicadores ENSE
Exp. factores riesgo	Importante	↑↑ (excepto tabaco)	ENSE, R. Ioniz., contaminación atmosférica, Δ dieta, etc.
Uso de servicios	Normal-excesivo (excepto bucodent., P.Fam.)	? → ↑↑	ENSE, EM Hospit., demanda en At. Primaria
Financiación	Escasa	↑ a corto plazo = a medio plazo	% PIB
Flexibilidad	Escasa	? → ↑	
Coordinación (varios niveles)	Escasa	? → ↑	
Calidad servicios	Insuficiente	↑	Muchas fuentes
Orientación explícita en el futuro	Desconocida	? .	LGS, declaraciones
<u>FINAL</u> (Evolución SPT 2000)	Lenta	? → ↑	Evaluación Oficina Regional Europea

VALORACION 7: (Seminario)

1. Es discutible, o cuando menos se debe matizar, que Sistema Nacional de Salud esté basado en la referencia de la Atención Primaria de Salud, refiriéndonos al ámbito del Estado.

Tanto en los niveles presupuestarios como organizativos, podemos afirmar con rigor que la Atención Primaria de Salud cobra mayor importancia que anteriormente.

Una de las dificultades de un modelo basado en la Atención Primaria de Salud, es que la referencia Atención Primaria de Salud implica un modelo cultural/profesional de ejercicio de la profesión poco arraigado en España. El proceso de cambio cultural/profesional, pues, se ha iniciado por un agente externo al sistema, lo cual explica las dificultades del proceso de su puesta en marcha.

2. La desilusión y desorientación de los profesionales, es un fenómeno muy complejo el cual no cabe reducir a una sola dimensión: los vaivenes de la política sanitaria. El malestar de los profesionales tiene relación con múltiples dimensiones y es distinto según afecte a distintos sectores de profesionales. En él podemos identificar desde la crisis del modelo de ejercicio liberal/tradicional y la percepción de los problemas del ejercicio en organizaciones complejas, hasta la incertidumbre que generan los cambios de roles derivados del cambio de sistema; la inseguridad del cambio de modelo de carrera profesional obligando a los profesionales a reciclarse; la dirección tradicional de las organizaciones que tiene dificultades para comunicar los cambios a los profesionales; la cultura profesional tradicional que tiene como eje central la multiplicación de recursos para resolver los problemas; las incipientes presiones de sectores sociales hacia la exigencia de cierta calidad a los servicios ...

3. En lo referente al subsistema de la comunidad podemos enunciar los siguientes problemas:

- La existencia de una cultura anticuada y orientada hacia la enfermedad, curativa y pasiva, compartida por la mayoría de la sociedad.
- La consistencia de esa cultura hacia la enfermedad, basada en que se sustenta en ganancias para la mayoría en cuanto a calidad de vida y acceso a recursos sanitarios a lo largo del ciclo vital.
- Desestructuración de las comunidades; escasa entidad de las asociaciones.
- Decadencia de las organizaciones territoriales frente al relativo auge de las organizaciones y en particular de las corporativas.
- Debilidad de las organizaciones/instituciones sociales que se especializan en la consecución de metas parciales y sectoriales, y que generan así un estilo y dinámica difíciles de integrar en el conjunto social.

- Complejidad de la demanda de la sociedad: si aceptamos el modelo de que las sociedades contemporáneas tienden a estructurarse en tres sectores o tercios caracterizados por:

- a) El primer tercio por su alta renta, dinamismo y disposición al consumo.
- b) El segundo tercio, compuesto por trabajadores con empleo estable y capacidad de negociación.
- c) El tercer tercio, compuesto por personas con trabajo precario, parados, pensionistas.

Los problemas que se presentan a los servicios de salud se vuelven progresivamente más complejos: de un lado, el primer tercio muy consumista e influyente, se constituye en el soporte de una industria del cuerpo o salud que exporta modelos al sector público.

De otro lado, en el tercer tercio aparece un importante sector con problemas nuevos de salud cuya solución exige como requisito su capacidad para hacer uso de los servicios, capacidad que debido a su privación cultural, no puede desarrollar. Se configura pues un hecho nuevo fundamental: aparecen problemas nuevos que no pueden ser resueltos a partir de dinámicas sectoriales. El reajuste de estrategias de las instituciones del sector público es una necesidad fundamental.