

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2010
OCTUBRE
20

Participación social y
profesional en el ámbito
de la salud

CARMEN SÁNCHEZ BELLIDO



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050



La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo (www.1mayo.ccoo.es):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL
Carmen Sánchez

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROFESIONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Carmen Sánchez Bellido

La participación comunitaria en salud supone un derecho democrático por el cual, los grupos identifican sus necesidades y establecen mecanismos para satisfacerlas, constituyendo un valor para la comunidad, compartiendo información y poder con los profesionales y la administración y resultando un objetivo político y una necesidad técnica íntimamente ligada a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (1.2.3)

Dicha participación significa por tanto la "*apropiación*" social de la salud incorporando la posibilidad de interactuar de la gente y de las organizaciones, en la comunidad (4)

La participación comunitaria en salud ha de ser un *elemento indispensable de la estructura regular en la toma de decisiones del sistema*. Ha de darse en los organismos de máxima representación del servicio de salud y en cada una de las áreas sanitarias.

Sus funciones están bien definidas: Implicación en la toma de decisiones sobre la planificación y presupuestos de los servicios sanitarios, sobre sus prestaciones, con derecho a inspeccionar los servicios, con la misión de emitir informes con valoraciones o preocupaciones, de forma periódica, sobre los cuidados que han recibido, recogiendo y publicitando todas las incidencias adversas, y efectuando recomendaciones para mejorar los servicios. (6)

Hasta aquí los consensos definitorios internacionales, pero ¿cuál es la realidad en nuestro Sistema Nacional de Salud?

El proceso de la reforma de nuestro sistema se inició (Informe Abril) con una manipulación ideológica de la opinión pública (que persiste hasta hoy), respecto a la insostenibilidad del Sistema por el gasto "excesivo" y el uso "innecesario" de asistencia sanitaria. Sin posibilidad de réplica se propone la necesidad de dotar a los centros públicos de formas de gestión privada y crear un mercado interno para introducir la competencia entre proveedores de servicios sanitarios, con la progresiva mutación de la consideración de ciudadanos con derechos, hacia la *consideración de clientes ante el mercado* (9) (14)

Consecuentemente, vieron la luz iniciativas tales como las Fundaciones, las Empresas Sanitarias Públicas, los Consorcios etc. El denominador común de todas esas organizaciones era la profusión de las externalizaciones, la gestión total o parcialmente privada y *en lo que concierne a la participación comunitaria, la pérdida del control democrático de los servicios públicos* (13)

Consecuencias del neoliberalismo que afectan a la participación comunitaria en salud

Pérdida del control ciudadano sobre el sistema sanitario:

La transformación de los y las pacientes en clientes, supone acabar con uno de los fundamentos de nuestro sistema sanitario recogido en la Ley General de Sanidad, que plantea la *participación comunitaria en la gestión de los servicios de salud*. (11)

Es obligado, por otra parte, distinguir entre consumidor y ciudadano. El consumidor se representa únicamente a sí mismo, su rol - capacidad de elección - es individual y sus opiniones se conocen con métodos específicos de mercado, al que pertenece, como las encuestas de satisfacción (ampliamente utilizadas en la actualidad). Por el contrario, la ciudadanía debería de supeditar el interés personal al interés general de la comunidad, posicionándose en valores colectivos y democráticos. (12)

Falta de implicación y participación de los y las profesionales en el sistema.

El modelo economicista aplicado a la sanidad, (ajeno a la cultura médica, a la calidad y a la racionalidad asistencial) junto a una presión asistencial insostenible por la falta de recursos, ha hecho que los y las profesionales sanitarios se desentiendan de la medicina comunitaria, de la promoción de la salud y de la participación(4) con inhibición ante los problemas de sus centros y del sistema sanitario en general. Una parte importante de profesionales no se identifican ni con sus centros ni con el sistema público y son reacios a colaborar con las escasas propuestas de mejora de las gerencias o de las administraciones sanitarias superiores. Los médicos y médicas cuentan con una asimetría de información a la hora de negociar los contratos programas y siguen alejados de los órganos de gestión de los centros sanitarios algo preocupante si tenemos en cuenta que deciden entre el 80 y el 90% del gasto. (15)

Aumento del gasto sanitario asociado al abaratamiento de costes

La lógica del beneficio introducida en el Sistema sanitario (privatización, externalizaciones, separación de suministradores para los centros con autonomía de gestión etc.) ocasiona precios e indicaciones hipertrofiadas o no bien justificadas sobre todo en las nuevas tecnologías, que explican hasta el 75% del total de los incrementos del gasto sanitario, como ocurre con el gasto en farmacia que supone el 35% del total, si sumamos la farmacia de Atención Primaria y Hospitalaria.(12) Este aumento del gasto farmacéutico ha condicionado el retroceso del gasto de personal (descendió del 48,98% en 1999 al 45,66% en 2005), lo que explica la congelación de nuevas plazas (con alta provisionalidad e inestabilidad en los contratos) y de los salarios (15).

Por otro lado, el incremento de población en 5 millones en los últimos años, unido a la falta de profesionales, explican los principales problemas del

sistema sanitario como listas de espera, masificación de las consultas y la presión excesiva que padecen los servicios de urgencias hospitalarios. (15)

La privatización también se asocia a estrategias de abaratar costes (en el Reino Unido la cesión de los nuevos hospitales a la iniciativa privada ha ido asociada a recortes de miles de empleos del NHS). En España los médicos y médicas que trabajan en el sector privado tienen menor estabilidad laboral, trabajan un 10% más de horas que en la pública y perciben unos salarios inferiores en un 20% a los de la pública. Como consecuencia sólo una tercera parte de estos y estas profesionales se considera satisfechos con su situación (*menor participación e identificación con el sistema*) (11). Una encuesta realizada a facultativos que trabajan en las nuevas formas de gestión (Fundaciones Sanitarias en Galicia) muestran que el personal está muy insatisfecho (puntuación de 2,5 sobre 10) y considera que con el mismo esfuerzo recibirían mejores salarios y condiciones laborales en los centros de gestión pública tradicional por lo que dejarían las mismas si encontraran trabajo en un hospital público. (15)

En general, las dificultades para trabajar en equipo son cada vez mayores, y esto, unido a la parasitación del colectivo por parte de una influyente minoría, lleva a la *desmoralización y desmotivación profesional* y a no valorar el Sistema Sanitario como algo propio que se debe defender y mejorar con su participación activa.

Modelo asistencialista

El modelo que se impone, junto con la masificación de la asistencia es exclusivamente asistencialista. Se ocupa sólo de la enfermedad, marginando la salud, promoviendo la medicalización de la sociedad, con respuestas médicas a todos los problemas y malestares (de origen personal o social). (12)

Este proceso de medicalización refuerza considerablemente el poder de los y las profesionales, con la cultura tradicional, profundamente arraigada, del dominio médico y la sumisión de los y las pacientes, que se expresa de la mejor manera a través del paternalismo y de la peor por medio del comercio (y de las implacables presiones del marketing de la industria de tecnología médica y farmacéutica) que, de manera sistemática, ignora, minimiza y malversa la *contribución de dichos pacientes al diagnóstico y al tratamiento y a su participación en la mejora del sistema*. (22)

Esta situación genera un ambiente de desconfianza entre los profesionales y los pacientes que acaba por desembocar en la práctica de la llamada medicina defensiva (13)

Doble dedicación público-privada y la fidelidad al Sistema

El 80% de médicos y médicas trabajan en el sistema público, mientras que el 16% compatibilizan la práctica pública y privada, es decir la gran mayoría trabaja para el sistema sanitario público. Aunque la Ley de Incompatibilidades impide a los centros privados concertados que tengan en sus plantillas a personas que trabajen en centros públicos o que tengan

consultas privadas en el mismo, las Administraciones se muestran tolerantes y miran para otro lado a la hora de hacer cumplir estas normas.

Las remuneraciones están por debajo de las de los países de la UE. Para evitar conflictos las administraciones permitieron e incluso alentaron la doble dedicación, haciendo la vista gorda ante el incumplimiento de la legislación de Contratos del Estado y de Incompatibilidades. (15)

Algunas consecuencias de esta doble dedicación son el absentismo laboral (muchos de estos y estas profesionales incumplen los horarios de los centros o incluso recurren a las bajas laborales para poder trabajar en la privada), el desvío de pacientes a sus consultas privadas realizando un menor su esfuerzo en el sector público que se traduce en largas listas de espera (existe evidencia empírica de que la demanda de servicios privados está directamente relacionada con la longitud de las listas).

Numerosos Servicios de Salud Autonómicos, están generalizando el complemento específico (que incluye la Dedicación Exclusiva) a todos los que trabajen o no para el sistema privado, *eliminando así el único incentivo a la fidelidad al sistema sanitario público.* (15)

A modo de resumen y de acuerdo con los datos revelados por evaluaciones rigurosas de un SNS de características similares al nuestro como es el británico (antes de su reforma), la mercantilización ha agravado problemas tales como las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, las crónicas e insufribles listas de espera, el aumento creciente del gasto, la gestión burocrática de los servicios sanitarios, *la insatisfacción de la población y su pérdida de control democrático.* Todo ello pone en peligro la legitimación social del sistema sanitario público. (13)

De diferentes estudios y encuestas que abordan la relación ciudadanía-sistema sanitario, se pueden obtener las siguientes conclusiones: (14)

- 1.- Los temas relacionados con la salud, son prioritarios para los españoles.
- 2.- No existe un claro conocimiento de los riesgos a los que está sometido el SNS: su privatización. Otros, como las listas de espera, la masificación de los centros y el exceso de gasto farmacéutico, se detectan mejor.
- 3.- Existe la sensación de que se dispone de poca información y escasa implicación en la participación y toma de decisiones. La información parte de los y las profesionales y de los medios de comunicación, con una actitud pasiva por parte de la ciudadanía.
- 4.- La atención que se presta es buena, pero se reivindica mayor calidad, información y accesibilidad.
- 5.- Se refleja un bajo nivel asociativo en torno a temas sanitarios.
- 6.- Se detecta un perfil de consumidor de servicios sanitarios entre la juventud, que consideran a la sanidad un aspecto más del mercado.

Importancia de la información sanitaria en la Participación Comunitaria

La *información* es un elemento esencial para incentivar adecuadamente a los agentes y para poner realmente al paciente en el centro del sistema. Informar adecuadamente a la ciudadanía les ayuda a cambiar conductas y a que decidan mejor cómo gestionar su salud y en último término *profundiza en la democracia*. (7)

La finalización de las transferencias ha hecho que prácticamente desaparezca la información detallada y homologable en el conjunto del SNS, y aunque el Ministerio de Sanidad ha hecho algún esfuerzo al respecto, (informes sobre el SNS), los resultados son muy parcos. No parece lógico que se hurten, a la población y a los investigadores, datos fundamentales sobre el funcionamiento del SNS. Esta ausencia de datos obstaculiza de manera importante cualquier intento de *planificación racional y participación efectiva*.

Respecto a los modelos de gestión sanitaria que han proliferado en distintas CCAA, es llamativa tanto la ausencia de información contrastada como la carencia de evaluación de los mismos (30)

La *libertad de elección* es presentada como la clave para incentivar los servicios sanitarios mediante las preferencias de los y las pacientes y desde esta perspectiva "conferirles poder". Pero para crear condiciones que permitan la operatividad de la libertad de elección es necesario fragmentar los servicios en unidades competitivas de producción que funcionen como un mercado comercial (Área Única en la Comunidad de Madrid). La debilidad de esta propuesta reside entre otras cuestiones, en la asimetría de la *información* que domina las relaciones entre pacientes y los servicios sanitarios, en donde los expertos (la comunidad científica, gestores...) toman decisiones por estos y estas pacientes, que no tienen información ni formación sobre tecnologías, recursos, tratamientos etc. (4)(12)

La ausencia de información o casi peor, su existencia fragmentaria, descoordinada y opaca, impiden la mejora por comparación, la rendición de cuentas y el *empowerment de la ciudadanía*. También limita la racionalidad en la toma de decisiones, facilita el despliegue de políticas regionales electoralistas y puede encubrir desigualdades territoriales sistemáticas que ponen en peligro, a la larga, la equidad del SNS (7)

Los sistemas de información son causa y consecuencia de la planificación y políticas sanitarias. No podrá haber una estrategia del SNS sin estandarizar indicadores, nomenclatura, definiciones y en último término definir objetivos comunes, que pueden complementarse con objetivos específicos en cada Comunidad (7)

Órganos de participación del SNS

La legislación autonómica otorga la posibilidad de participación en la política sanitaria con nivel decisorio a representantes de las corporaciones locales mientras que agentes sociales (sindicatos, asociaciones vecinales, de

consumidores y otros agentes sociales y profesionales) participan en los órganos de seguimiento no decisorio (excepto Ley de Castilla La Mancha). (4)

En general en el funcionamiento de los Órganos de participación, no se respetan criterios sobre periodicidad de las reuniones y en sus contenidos. Esto dificulta el control de la ejecución de la política sanitaria. La documentación es presentada con poco margen de tiempo, hay gran dificultad para acceder a los datos de gestión lo que *desincentiva a participar* a los y las representantes comunitarios (4)

En una revisión bibliográfica y documental sobre los Consejos de Salud, se constató la escasa actividad de los mismos, el difícil acceso a sus actas, a sus deliberaciones y a sus informes y que pesaba mucho mas la representación del ámbito político-institucional que el ciudadano. (20)

Incentivos profesionales e implicación en el SNS

La Carrera Profesional (en teoría el más potente incentivo) solo contempla los años de servicio sin tener en consideración los conocimientos y la calidad de la atención (en la mayoría de las CCAA son simples subidas de sueldo sin capacidad de incentivar profesionalmente). En general, los intentos de introducir incentivos por actividad realizada o cumplimiento de objetivos han resultado un fracaso. La productividad variable se ha acabado distribuyendo de manera lineal o premiando a los médicos y médicas más afines a las gerencias y jefaturas de servicio; los contratos programa han perdido su sentido incentivador ya que valoran actividad en lugar de calidad y se imponen sin negociarse con las plantillas; las peonadas o autoconcertación, destinadas a reducir listas de espera trabajando fuera del horario habitual, han acabado beneficiando en gran medida a quienes tienen una menor productividad (15)

En algunas CCAA se ha establecido, de forma acertada, como requisito para el acceso a la Carrera, la incompatibilidad con el ejercicio privado de la profesión. Otras han debatido sobre la conveniencia de la reversibilidad de la progresión (14)

En general, la participación de los y las profesionales en los Contratos – programa es muy escasa y se consideran estos como un medio para recibir un salario derivado de su cumplimiento.

Participación de las y los profesionales en el diseño de las políticas de salud

El debilitamiento de las estructuras de salud pública y de gestión de los servicios autonómicos de salud –con una evidente carencia de profesionales cualificados para las labores directivas y de planificación-, la aplicación de los modelos de calidad de empresas privadas como la EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad), y la complejidad de las estructuras organizativas, son algunas de las razones que explicaría la presencia de las *consultorías externas privadas* en la Sanidad Pública de nuestro País. El Presupuesto público que anualmente se les destina, es enorme. De acuerdo

con los datos facilitados por el propio sector (40) el volumen de negocio en España es de unos 8.350 millones de € en 2007.

En este mismo año, el 16% de las actividades realizadas por las consultorías externas respondían a encargos de las Administraciones públicas (44) y se incrementa a un 10% anual. En el sistema sanitario las consultorías están *detrás de numerosos planes de salud*, sistemas de información sanitaria, implantación de la historia clínica digital, planes funcionales de Hospitales, de organización de la Primaria y un largo etc. (38)

Las consultoras, en muchas ocasiones, no solo cumplen su labor de asesoramiento sino que dirigen y controlan todo el proceso, pasando a establecer los *ritmos y agendas de trabajo de las y los profesionales* (claves para el desarrollo de su actividad futura). Para impedir esta situación, debería promoverse la formación y participación de estas y estos profesionales en el diseño de las políticas de salud y en el caso de ser necesaria la colaboración de entidades asesoras, sería preferible el establecimiento de convenios con otros organismos y administraciones públicas como Universidades u otros departamentos de CC.AA, facilitando el desarrollo y refuerzo del sistema público (38)

Participación de profesionales en sindicatos y sociedades científicas

Los sindicatos generales como CC.OO. o UGT siguen agrupando a una parte importante de trabajadores sanitarios y la gran mayoría de sus afiliados pertenecen a los colectivos sanitarios de menor cualificación dentro de la organización sanitaria, si bien la parte más ideologizada y progresista de los otros estamentos (médicos y enfermería...) tienden a estar en ellos.

En cualquier caso, el hecho diferencial más importante entre los sindicatos generales y los corporativos es, en general, la apuesta de los primeros por la defensa de la Sanidad Pública y sus denuncias en contra de los distintos intentos privatizadores que están tratando de introducir en todas las CC.AA. Por el contrario, tanto las sociedades científicas (estas agrupan a un número importante de profesionales y tienen especial presencia en Atención Primaria, donde desarrollan actividades reivindicativas en muchos casos parasindicales, con gran vinculación a la industria farmacéutica), los colegios o los sindicatos corporativos (que orientan sus estrategias a reivindicar mejores condiciones salariales y menos tiempo de trabajo) son mucho más proclives a estas nuevos modelos privatizadores y en la práctica algunos apuestan sin complejos por ellos. (25)

Otras organizaciones interprofesionales son:

- La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), cuya trayectoria desde su creación hace 30 años ha sido la intervención desde la defensa de lo público en la política sanitaria del país y de cada comunidad en particular. Se caracteriza por su carácter federal y progresista, y por su oposición activa a cualquier forma de privatización del Sistema Público de Salud.

- La Red Española de Atención Primaria (REAP), de carácter más científico, agrupa a profesionales de la medicina, la enfermería y la farmacia de este nivel asistencial con el objetivo de promover la formación y la investigación.
- La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que agrupa a su vez a otras entidades interesadas en la actuación social y sanitaria, tiene un carácter profesional más marcado y a ella pertenecen profesionales que trabajan en la administración sanitaria (gestores, economistas...) por lo que la influencia de las posturas y políticas sanitarias es muy relevante en sus informes y debates. (25)

La necesidad de avanzar en la participación social y profesional en salud

El compromiso personal para mejorar la salud de otras personas mejora la propia salud. Esto es, compromiso y solidaridad son parte de la buena salud. Compromiso significa el deseo de servir a otros y otras y solidaridad significa desarrollar redes de apoyo para luchar unidos en la mejora de la salud individual y colectiva.

Las estrategias de *empowerment* deben ayudar a los individuos a unir su lucha personal por el mejoramiento de su salud con la lucha colectiva por el mejoramiento de la salud de todos. (8)

La Participación comunitaria en salud debe ser un elemento indispensable en la estructura regular de la toma de decisiones del sistema. Una de sus funciones esenciales debe ser la planificación (que implica el aporte de financiación necesario para llevarla a cabo). Dicha Participación debe darse en todo el proceso de elaboración de los Planes, en el análisis de las necesidades en salud de la población, en el establecimiento de prioridades, en la elaboración de objetivos e indicadores, en el establecimiento de líneas de actuación, de asignación de recursos y en la evaluación de lo conseguido. (14)

La trascendencia de los determinantes sociales de la salud apenas se traduce en políticas concretas que fortalezcan los servicios comunitarios. Esto implicaría una apuesta por la Salud Pública con funciones rectoras, una mayor dedicación presupuestaria, el protagonismo de dichos Planes de Salud Comunitarios y la contribución de los servicios sanitarios y de la ciudadanía a "poner la salud en todas las políticas". (12)

Las políticas del mundo laboral, tampoco reciben la suficiente atención por parte de los servicios sanitarios y, por ello, se desagrega su consideración dentro de unos servicios que, para nada recogen la integralidad del concepto salud. (29)

Es imprescindible por tanto, el establecer un Plan integral de Salud participado que fije los objetivos para todo el SNS y que sirva de referencia para la *asignación de recursos humanos, de infraestructuras y de financiación adecuada*, con un sistema de información que mida los resultados en *salud* de lo que pretende y que genere conocimiento científico. En algunas CC.AA la Administración sanitaria ha iniciado procesos

novedosos en los que se propone la participación de las y los profesionales y de la comunidad en la toma de decisiones sobre la distribución de las partidas de los presupuestos sanitarios pero, en base a una "mayor concienciación sobre la escasez o limitación de recursos".(45) La participación en salud desde este punto de vista, trataría exclusivamente de cogestionar unos presupuestos predeterminados *sin poder decidir sobre qué necesidades de salud* deben cubrirse presupuestariamente.

Para cubrir estas necesidades de salud y las carencias de la atención sanitaria es necesario y urgente aumentar la financiación del sistema y equipararla, al menos, a la media de los países de la UE-15, priorizando el gasto de tal manera que la Primaria esté dotada de medios y recursos suficientes para que dentro de las directrices del PJan Integral, alcance cotas altas de resolución y ejerza todas sus actividades. La financiación de las CC.AA. ha de ser finalista y debe de guardar relación con la satisfacción de los objetivos de dicho Plan. (14)

Sin embargo, no es posible una adecuada planificación sin unos sistemas de información homologables, actualizados y desagregados al menos por CCAA. Habría que exigir que todas las CCAA de manera periódica, facilitasen los indicadores ya aprobados para el conjunto del SNS. (30)

En cuanto a la participación en la gestión de servicios por parte de los y las profesionales, la experiencia señala que la pretendida dinámica de "autogestión" de servicios y equipos no busca la verdadera autogestión del grupo, que debería *partir del análisis de necesidades y viabilidad de recursos así como de la planificación coherente y pertinente*, sino que pretende una delegación de responsabilidades por parte de los responsables de la gestión que, frecuentemente, se abandona a ciertos cargos intermedios sin la suficiente preparación ni talante de cooperación, con las consecuencias que son previsibles.

Respecto a la posibilidad de elección de las jefaturas de servicio, sección o departamento, en general, las designaciones de los cargos es un hecho antidemocrático (aunque en el ámbito hospitalario, en algunos casos, ha habido avances). Solamente la transparencia y regeneración profunda en la manera de designar a responsables de los equipos de primaria, de las direcciones y cargos intermedios de enfermería y facultativos del resto de los centros, podrá propiciar la habilitación de una atmósfera de cooperación adecuada para sobre ella, edificar otra manera de entender el trabajo en equipo,(29) todo ello para llevar a cabo una gestión distinta de los recursos humanos en la conformación de las plantillas y sacar de su confinamiento a profesionales de las ciencias de la salud (particularmente la enfermería).

La especialización, la sectorización y el gerencialismo, entre otros factores, han empujado al sistema a su fragmentación, con graves daños en su efectividad. Retomar la integralidad requiere instrumentos de cooperación y trabajo en red, dar prioridad a la Primaria (como eje del sistema) sobre el "hospitalocentrismo", a la continuidad de los servicios y a la pluridisciplinariedad sin perder o diluir el control público sobre parte alguna de nuestro sistema sanitario.(12)

Se trata de conseguir que los centros sanitarios trabajen juntos (y no que compitan entre sí) involucrando a profesionales, gestores y pacientes en políticas activas de ayuda y de colaboración entre los diferentes centros. (13)

Se precisa la sustitución social del modelo de relación vertical por otro de decisiones compartidas.(21) Pero para ello se precisa también de profesionales con la necesaria estabilidad que atiendan las necesidades reales de los servicios y que el sistema público ofrezca unas condiciones de trabajo y retributivas similares a la media de las existentes en el resto de los países de la Europa de los 15. (29)

Algunas propuestas interesantes a valorar sería la creación en los centros sanitarios de círculos socio-profesionales de calidad integrados por grupos pequeños de profesionales, usuarios y usuarias cuya misión sería la identificación, selección de los problemas organizativos de los centros; sugerir soluciones a las direcciones de los mismos; participar en la planificación e implantación de las actuaciones correctoras y hacer la evaluación y seguimiento de los resultados. (13)

La identificación de los y las profesionales con el servicio público de salud se favorece con la dedicación exclusiva (impidiendo la doble dedicación) y con mecanismos de reconocimiento profesional. (27) Se trata de asumir que la comunicación, el diálogo y la interacción con el sector profesional y con la sociedad son aspectos centrales del Sistema Sanitario.

Algunas fórmulas como los Órganos Colegiados de Gobierno, con representación compartida de la administración, profesionales y ciudadanía, son una demanda básica para *participar en la toma de decisiones y la rendición de cuentas de forma rutinaria*.(12) Igualmente lo sería la creación en los centros sanitarios de Comisiones de Participación social que incluyan profesionales, usuarias y usuarios, agentes sociales y gerencias (o su puesta en marcha efectiva si estuvieran ya creadas), con la finalidad de *controlar la gestión de los centros y de participar en la toma de decisiones* sobre el funcionamiento organizativo de los mismos.

Reconocer el derecho a elegir pero no dar información sobre la calidad de las opciones disponibles no sirve de mucho. Es preciso contar con un sistema de indicadores homogéneos y válidos para que la ciudadanía conozcan la calidad del sistema. Pasar del "despotismo sanitario" (todo para el paciente pero sin el paciente) a la aportación de la información relevante para la toma de decisiones, es otro paso a dar (13)

Incorporar a la Participación en salud la perspectiva de sexo es otra cuestión a tener en cuenta, reconociendo la experiencia y las aportaciones de muchas organizaciones de mujeres vinculadas a los problemas de salud de la comunidad. (17)

La falta de cohesión entre ciudadanía y profesionales de la Sanidad Pública es clave en el desmantelamiento del Sistema Público Sanitario y la penetración de la privatización en la sanidad del país(25)

La experiencia en España muestra que es posible llegar a acuerdos estables entre organizaciones sindicales, políticas, sociales y profesionales que trabajan en la defensa del sistema sanitario público. Las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública abiertas a organizaciones ciudadanas, sindicatos, profesionales de la salud, organizaciones de pacientes etc. han mantenido diversos objetivos como proponer y promover mejoras en los servicios sanitarios para garantizar una mayor equidad y racionalidad y abordar problemas y necesidades específicas. Realizan un trabajo en Red y su actividad es intermitente en relación a la presencia de problemas de los servicios sanitarios o a necesidades de salud. (28)

En el campo de la Atención Primaria, ha tenido relevancia en los últimos años el movimiento Plataforma 10 Minutos que agrupa fundamentalmente a médicos y médicas en la defensa de la mejora de las condiciones asistenciales de los centros de salud del SNS. La existencia de este movimiento ha contribuido de manera decisiva al renovado interés del Ministerio de Sanidad (que se ha plasmado en el documento AP XXI) y de todas las organizaciones del sector, por la situación de la Atención Primaria en el país. (25)

Otros ámbitos participativos son: los Observatorios, creados para analizar y debatir los problemas del sistema sanitario. Un ejemplo reciente es la creación del Observatorio Sanitario de Madrid con la intención de colaborar en la denuncia del ataque al sistema sanitario público en esta Comunidad (43)

Las Redes locales de Acción en salud. Identificar posibles problemas relacionados con la salud, así como los colectivos vulnerables de padecerlos, son sólo algunos de los objetivos del proyecto de desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) que busca potenciar la intersectorialidad y conferir a los consistorios más protagonismo en la promoción y prevención sanitarias. Las asociaciones vecinales y el resto de colectivos ciudadanos existentes en la localidad también tienen un importante protagonismo en esta estrategia, participando tanto en la detección de los problemas como en la aplicación de las posibles soluciones. (36)

Los Presupuestos participativos en salud tratan de democratizar el proceso sanitario con una apuesta por la participación en el diseño de presupuestos sanitarios, como paso imprescindible para mejorar la eficacia y eficiencia técnica y social del sistema. (29)

Las experiencias en presupuestos participativos se han extendido a escala internacional, especialmente en Europa y América Latina. En España, desde que se desarrollaran las primeras experiencias en la década de los 90, se han extendido por todo el Estado, abriendo a la participación de la ciudadanía espacios antes reservados a la gestión institucional, potenciando la codecisión y la cogestión sobre los asuntos de lo público. En la actualidad se ha constituido una Red Estatal por los Presupuestos Participativos con el objetivo de crear herramientas que favorezcan el aprendizaje colectivo, impulsando la multiplicación y diversidad de los procesos de construcción de democracias participativas. (39)

Otras experiencias internacionales: A este nivel se han constituido distintas organizaciones como el *Foro Mundial de la Salud* (ligado al Foro Social Mundial), la *Asamblea de Movimientos Sociales* y la *Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos*. El movimiento por la salud de los pueblos reúne personas y organizaciones de todos los países del mundo comprometidos en la reivindicación del derecho de todos los pueblos a la salud, tal y como es expresada en la Declaración de Alma Ata. (41)

En Europa y con la finalidad de la construcción de un *Sistema de Salud Común Europeo* y la extensión de las movilizaciones para conseguir este objetivo, al marco internacional, se constituyeron: 1- el *Foro Social Europeo* de Florencia, 2- la *Red Europea por el Derecho a la Salud* (REDS) en contra de "la aplicación de una política neoliberal por parte de los gobiernos, sean de centro-derecha o de centro-izquierda que literalmente ha devastado los Sistemas Sanitarios Públicos, convirtiéndolos en unos auténticos "supermercados de la salud" y 3 - la *Confederación Europea de Sindicatos* en su defensa de los servicios sanitarios públicos, oponiéndose a las Directivas europeas que promueven su privatización. La CES reclama una directiva-marco específica sobre la sanidad que afirme los principios de solidaridad, de accesibilidad, de universalidad y de continuidad.

En las XXVIII Jornadas de debate sobre Sanidad Pública, salud y crisis global organizadas recientemente por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y la Internacional Association of Health Policy se presentó el modelo de las "tres eses" que en relación con la *Salud Pública y con dimensión europea imprescindible*, propone lo siguiente:

1- *Soberanía* popular, democracia participativa en todos los ámbitos y niveles. Consejos de Salud como encuentro de profesionales y sociedad. Planificación democrática. Soberanía y legalidad internacional.

2- *Solidaridad* por encima del mercado (papel del Estado y de la fiscalidad). Salario, pensiones y servicios públicos europeos. Solidaridad internacional.

3- Un modelo *sostenible*, con austeridad y protección de la naturaleza.(10)

Por último y como propuesta importante en la actual coyuntura habría que considerar que hay un alto consenso social en los problemas que aquejan al sistema público de salud, por lo que habría que avanzar en la configuración de un *Pacto de Estado por la Sanidad* en el que determinadas cuestiones de gestión (que debe ser pública), de planificación de recursos etc. deben ser consensuadas. (9,29)

El Pacto Social por la Salud que se propone, significa llevar a cabo un proceso que signifique mejorar el compromiso del conjunto de Administraciones con el derecho a la salud de la ciudadanía, afianzando el modelo público de Salud. La legitimidad de este pacto vendrá también dada en función de la *gestión democrática de mismo que se haga*, favoreciendo la concertación social al respecto y favoreciendo procesos de *participación social y sindical*, en la calle *junto con las Plataformas y Asociaciones ciudadanas de apoyo a la Sanidad Pública*.(9, 29)

La aportación de T. Hart, sobre el Servicio Nacional de Salud británico (sometido a un proceso de mercantilización similar al nuestro) puede servir de reflexión final sobre la necesidad de participar en salud: "Para poner de nuevo en marcha este noble programa, los trabajadores sanitarios de todas las categorías y niveles, todos los enfermos, los cuidadores informales y los potenciales enfermos a los que sirven (lo que quiere decir todo el mundo) necesitan recuperar, o adquirir por primera vez, confianza en sí mismos. Tenemos que dejar de esperar a que alguien ajeno, con más experiencia y poder, lo haga por nosotros, porque nunca llegará ese tipo de líderes. Esta confianza depende de que tengamos claro un marco dentro del cual todos nosotros podamos colocar nuestra propia experiencia, de modo que la realidad se convierta en una fuente de entendimiento y no de confusión." (22) ni de negocio...

Conclusiones y recomendaciones

La especialización, la sectorización y el gerencialismo, entre otros factores, han empujado al sistema sanitario público a su fragmentación, con graves daños en su efectividad.

Retomar la integralidad del sistema debe ser el punto de partida para ganar tanto en la calidad de las prestaciones y en la equidad del sistema como del empleo de los profesionales de la salud, y en la eficacia y en la eficiencia de los recursos públicos destinados a este fin.

Ello requiere instrumentos de cooperación y trabajo en red, dar prioridad a la Atención Primaria (como eje del sistema) sobre el "hospitalocentrismo", a la continuidad de los servicios y a la pluridisciplinaridad sin perder o diluir el control público sobre parte alguna de nuestro sistema sanitario.

Se precisa la sustitución social del modelo de relación vertical por otro de decisiones compartidas.(21) Pero para ello se precisa también de profesionales con la necesaria estabilidad que atiendan las necesidades reales de los servicios y que el sistema público ofrezca unas condiciones de trabajo y retributivas similares a la media de las existentes en el resto de los países de la Europa de los 15

Es imprescindible establecer un Plan integral de Salud participado que fije los objetivos para todo el SNS y que sirva de referencia para la *asignación de recursos humanos, de infraestructuras y de financiación adecuada*, con un sistema de información que mida los resultados en *salud* de lo que pretende y que genere conocimiento científico.

El ejemplo de algunas CC.AA en las que la Administración sanitaria ha iniciado procesos novedosos proponiendo y promoviendo la participación de las y los profesionales y de la comunidad en la toma de decisiones sobre la distribución de las partidas de los presupuestos sanitarios no deja de ser un referente de interés, pero que debe ser complementado y no orientarse exclusivamente a co-gestionar unos presupuestos predeterminados *sin poder decidir sobre qué necesidades de salud* deben cubrirse presupuestariamente.

Para cubrir estas necesidades de salud y las carencias de la atención sanitaria es necesario y urgente aumentar la financiación del sistema y equipararla, al menos, a la media de los países de la UE-15, priorizando el gasto de tal manera que la Primaria esté dotada de medios y recursos suficientes para que dentro de las directrices del Plan Integral, alcance cotas altas de resolución y ejerza todas sus actividades. La financiación de las CC.AA. ha de ser finalista y debe de guardar relación con la satisfacción de los objetivos de dicho Plan.

Es preciso contar con un sistema de indicadores homogéneos y válidos para que la ciudadanía conozca la calidad del sistema, y pueda verificar así, informadamente, su derecho a elegir.

Conclusiones:

1-La realidad actual de nuestro SNS traduce una falta de mecanismos efectivos de participación (o son meramente formales) y la falta de identificación de los y las profesionales con dicho sistema. En general el funcionamiento de los Órganos de participación regulados está muy dificultada por el escaso interés de la Administración Sanitaria en su promoción, impidiendo el control de la ejecución de la política sanitaria. Esto, unido a la falta de información a profesionales y representantes comunitarios, en todos los niveles del sistema, obstaculiza la planificación racional, desincentiva su participación e impide la rendición de cuentas y el empoderamiento de dicha ciudadanía.

2- La participación de profesionales de la salud y ciudadanía, que ha de ser un elemento indispensable de la estructura regular en la toma de decisiones del sistema sanitario, está siendo impedida por la conversión del SNS en un sistema mercantilizado. Esta mercantilización ha supuesto la pérdida de control democrático por parte de la comunidad y profesionales y pone en peligro la legitimidad de dicho sistema

3- Si la ciudadanía no sienten como propia la conquista que supone el Sistema Sanitario Público (y no actúan en su defensa), y si los y las profesionales sanitarios (en proceso de sutil y paulatina desprofesionalización y frustración) siguen delegado su poder a los sindicatos corporativos como única referencia organizativa, la actual ofensiva neoliberal contra los Servicios Públicos puede ocasionar un deterioro irreversible de nuestro sistema público de salud.

Recomendaciones:

- 1- Es una tarea urgente, el promover acciones en el sentido de democratizar todo el proceso sanitario y favorecer la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones tanto individuales (diagnóstica y terapéutica) como colectivas
- 2- Fomentar la cohesión entre ciudadanía y profesionales es clave para impedir el desmantelamiento del sistema y su privatización. Los sindicatos y las organizaciones defensoras de la sanidad pública,

deben promover frentes comunes que incluyan a los y las profesionales sanitarios (mejorando su organización y representación). Hay múltiples experiencias que demuestran que las movilizaciones en defensa y mejora del sistema sanitario público han hecho posible su fortalecimiento. Las Plataformas, Foros, Redes etc. están consiguiendo poner freno a iniciativas privatizadoras y a su vez refuerzan la concienciación y el empoderamiento ciudadano

- 3- Es esencial la participación de la ciudadanía en la planificación (Planes Integrales de Salud). Para ello la Administración les debe de ofrecer formación adecuada, información precisa y poder efectivo de decisión sobre las necesidades de salud que deben cubrirse presupuestariamente. Con este fin, se debe aumentar la financiación del sistema y equipararla a la media europea (UE 15), priorizando la Atención Primaria como base del mismo. También debe promoverse un cambio legislativo en cuanto a la regulación de la composición y competencias de los órganos de participación que permita una mayor presencia ciudadana en la toma de decisiones de los servicios públicos sanitarios y una mayor democratización de su gestión pública.
- 4- La participación de los profesionales en el diseño de las políticas de salud ha de ser real y efectiva. En caso de precisar asesoría para la planificación, aplicación de modelos de calidad etc. se promoverá la colaboración con otros organismos y Administraciones Públicas (Universidades públicas, otros Departamentos de las CC.AA...) facilitando el desarrollo y refuerzo del Sistema público de servicios.
- 5- Debe recuperarse la dedicación exclusiva de los y las profesionales (clave del buen funcionamiento del Sistema Público) la transparencia y su participación en la designación de sus responsables para crear un clima de cooperación adecuado, recuperar el trabajo en equipo, conseguir que los Centros trabajen juntos (y no que compitan entre si) con políticas activas de ayuda y colaboración entre ellos. Es preciso sustituir el modelo de relación vertical por otro de decisiones compartidas, recuperando el liderazgo clínico de los y las profesionales, reforzado por el empoderamiento ciudadano respecto a sus necesidades de salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1986
- 2 Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Rev San Hig Ptíb 1987; 61: 129-133.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Taller sobre la medida del salud y de la salud: hacia nuevos la salud. Rev San Hig Púb 1987; 61: 571-575.
- 4 Martin M. Ponte C. Sanchez Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud Gac Sanit.2006;20(supl 1):192-202
- 5 Hart JT Clinical and economic consequences of patients as producers. J Public Health Med. 1995;17:383-6
- 6 Ponte Mittelbrun C. Los profesionales de la salud en España Biomedicina y Eubiatria Fundación Sindical de Estudios Ediciones GPS Madrid 2008
- 7 Informe SESPAS 2008
- 8 Navarro V. ¿Que es una política nacional de salud? www.vnavarro.org
- 9 Costa R. XXVIII Jornadas Debate sobre Sanidad Pública XV Conference of International Association of Health Policy Madrid septiembre 2009
- 10 Marset P. Crisis y salud XXVIII Jornadas Debate sobre Sanidad Pública XV Conference of International Association of Health Policy Madrid septiembre 2009
- 11 FADSP La privatización de la sanidad pública. Responsables y consecuencias Salud 2000 Nº 119. Noviembre 2008
- 12 Ponte C. Nuevas perspectivas de la razón pública en los cuidados de la Salud. Jornadas de Ararteko Bilbao Mayo 2009
- 13 D´Orleans E. Del profesional liberal al empleado público. Los profesionales de la salud en España Fundación Sindical de Estudios Ed. GPS Madrid 2008
- 14 Salcedo Mata J. A. Reorientación de la actividad sanitaria Los profesionales de la salud en España Fundación Sindical de Estudios Ed. GPS Madrid 2008
- 15 Martín M. Médicos en España. Un grupo profesional instalado en una crisis de malestar Los profesionales de la salud en España Fundación Sindical de Estudios Ed. GPS Madrid 2008
- 16 Palomo L. El auge de la medicina defensiva Los profesionales de la salud en España Fundación Sindical de Estudios Ed. GPS Madrid 2008

- 17 Martín-García M et al. "Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud". Gaceta Sanitaria. 2006; 20 (Supl 1): 192-202.
- 18 Sánchez Bayle. Nuevos modelos de gestión y política sanitaria. Cuaderno de Atención Primaria, 2004; 11: 39-45.
- 19 Sánchez Bayle. M. Reflexiones sobre el sistema sanitario en España. Informes de la Fundación 1º de mayo 2005
- 20 Pedraza Sanchez, M et al ¿Están los ciudadan@s suficientemente representad@s en los Consejos de salud? Jornadas FADSP Madrid 2009
- 21 Artigas i Candela J. et al La participación ciudadana en la sanidad pública catalana: concepto, análisis y propuestas X Coloquio Internacional de Geocrítica Diez años de cambios en el mundo, en la geografía y en las ciencias sociales 1999-2008 Barcelona, 26 - 30 de mayo de 2008
- 22 Hart J. T. La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica. Fundación Sindical de Estudios CCOO de Madrid Ed GPS-MADRID
- 23 Fuertes Martín A. Formación de grado y postgrado y desarrollo profesional continuo en medicina. La Carrera profesional. Los profesionales de la salud en España Fundación Sindical de Estudios Ed. GPS Madrid 2008
- 24 Arriaga Piñeiro, E et al La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: un análisis de la experiencia andaluza Enfermería global nov 2003
- 25** González Medel J. Crisis de la representatividad profesional Los profesionales de la salud en España Fundación Sindical de Estudios Ed. GPS Madrid 2008
- 26 FADSP La fortaleza de la Atención Primaria: valores y retos organizativos. Cáceres noviembre 2007
- 27 FADSP El sistema sanitario en España. Análisis de la situación alternativas para su mejora Mayo 2009
- 28 Martín García M. Estrategias de intervención por la salud. XXVIII Jornadas Debate sobre Sanidad Pública XV Conference of International Association of Health Policy Madrid septiembre 2009
- 29 Del Pozo Robles A., Sánchez Bayle M. Propuestas de mejora Los profesionales de la salud en España Fundación Sindical de Estudios Ed. GPS Madrid 2008
- 30 Sánchez Bayle M. La cohesión del Sistema Nacional de Salud Comparecencia Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad Madrid 17 de junio de 2009
- 31 Barómetro Sanitario 2008

32 Parlamento Europeo DECISIÓN No 1350/2007/CE 23 de octubre de 2007 Segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) ANEXO 33 L 301/12 ES Diario Oficial de la Unión Europea 20.11.2007 DO L 327 de 16.12.2003, p. 34.

33 Ministerio de Sanidad. Segundo mapa de necesidades de especialistas en el SNS. Diario Médico 3 marzo 2009

34 Aguilar M. J. Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria Comunidad 9 24/10/06 17:28 Page 67

35 Blanco I. Presupuestos participativos y democracia local : una comparación entre las experiencias brasileñas y españolas VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002

36 www.juntadeandalucia.es/salud/

37 <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2009/11/01/colapso-sanidad-publica/647229.html>

38 Sánchez J.A. Papel de las consultorías externas en la sanidad pública ADSP Murcia 2009

39 Llamamiento para la constitución de la Red Estatal por los Presupuestos Participativos Málaga julio 2008

40 Sillio Villamil F. Externalización del conocimiento, externalización de la gestión del sistema sanitario público en España Rev Adm Sanit. 2008;6(2):193-212

41 www.phmovement.org

42 www.forumdifesasalute.too.it

43 www.observatoriosanitariomadrid.org

44 Blanco Rubio A. La consolidación de las actividades externas de consultoría. Rev Adm Sanit. 2008;6(2):225-44

45 II Jornada de Participación y Salud Zaragoza noviembre 2009