



**UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS CLÍNICAS**

**PROGRAMA DE DOCTORADO
SALUD PÚBLICA (EPIDEMIOLOGÍA, PLANIFICACIÓN Y NUTRICIÓN)**

TÍTULO DE LA TESIS

**“LA CONFERENCIA DE SALUD DE CANARIAS:
INSTRUMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
PARTICIPATIVA PARA LA GOBERNANZA DEMOCRÁTICA DE LOS
SISTEMAS SANITARIOS”**

Tesis Doctoral presentada por

D. José Joaquín O`Shanahan Juan

Dirigida por

Dr. Lluís Serra Majem

Dr. Luis M. Bello Luján

ÍNDICE

1. RESUMEN

2. INTRODUCCIÓN

3. ANTECEDENTES

3.1.- EL CONTEXTO

3.2.- REFORMA SANITARIA VERSUS CONTRARREFORMA SANITARIA

3.2.1.- Aspectos conceptuales

3.2.2.- El marco teórico de las Reforma Sanitaria

3.2.3.- Los antecedentes y el contexto internacional, nacional y local de la Reforma Sanitaria.

3.2.3.1.- Nivel internacional

3.2.3.2.- A nivel del Estado y de Canarias

3.2.4.- El ámbito político institucional de la Reforma Sanitaria

3.2.5.- El Informe Abril Martorell

3.2.6.- La Sanidad en Canarias autogestionada

3.2.7.- La contrarreforma

3.3.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO FILOSOFÍA, COMO ESTRATEGIA Y COMO NIVEL DE ATENCIÓN

3.3.1.- Los orígenes

3.3.2.- Las resistencias en la implementación

3.3.3.- La recuperación del discurso social de la Atención Primaria

3.3.4.- La Atención Primaria como nivel de atención y estrategia crítica para la reorientación de la Reforma Sanitaria y del modelo asistencial

3.4.- LOS CONSEJOS DE SALUD COMO TECNOLOGÍA PARA UNA NUEVA RACIONALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD

3.4.1.- Participación y democracia

3.4.2.- Promoción de la salud, participación de la comunidad y acción intersectorial

3.4.3.- Los Consejos de Salud como espacios de acción comunicativa, coordinación y planificación.

3.4.4.- Situación actual, antecedentes y perspectivas de los Consejos de Salud en Canarias

3.4.5.- La evidencia de la participación en salud

3.5.- EL SISTEMA ECCA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

3.5.1.- La desafíos del cambio en la cultura sanitaria de los sanitarios y de la ciudadanía.

- 3.5.2.- El sistema ECCA y la necesidad de coherencia entre objetivos, método y organización, como condición de eficacia de la acción formativas y de los planes de acción en los servicios de salud
 - 3.5.2.1.- Los objetivos
 - 3.5.2.2.- El Sistema ECCA de Educación a Distancia como *método* en el postulado de coherencia
 - 3.5.2.3.- La organización
 - 3.5.2.4.- La coherencia de la acción formativa como condición de eficacia para conseguir los resultados esperados.

3.6.- LOS PLANES DE SALUD Y LA PLANIFICACIÓN

- 3.6.1.- Talleres nacionales de planes de salud
- 3.6.2.- Los Planes de Salud de Canarias y las dificultades para la acción interinstitucional e intersectorial.
- 3.6.3.- El enfoque estratégico de planificación
 - 3.6.3.1.- El Pensamiento Estratégico de Mario Testa
 - 3.6.3.2.- Coherencia y pertinencia de los planes de acción como condición para su eficacia
 - 3.6.3.3.- La Planificación Estratégico –Situacional (PES)
- 3.6.4.- Diferencias entre la Planificación Normativa y la Planificación Estratégica- Situacional
- 3.6.5.- La Investigación-acción – participativa
- 3.6.6.- Diálogo Appreciativo
 - 3.6.6.1.- Los cinco principios de Diálogo Appreciativo
 - 3.6.6.2.- Componentes del Diálogo Appreciativo

3.7.- EL PROYECTO DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2015-2017, “PARA LA INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA SALUD Y LOS SERVICIOS”

- 3.7.1.- La trayectoria político-institucional del proceso de formulación del III Plan de Salud de Canarias.
 - 3.7.1.1.- El Plan de Salud de Canarias y la interconexión de la política autonómica.
 - 3.7.1.2.- La evidencia, de la complejidad del entorno político para la planificación en el III Plan de Salud
 - 3.7.1.3.- Desarrollo del proceso político e institucional de los Planes de Salud
- 3.7.2.- Caracterización general del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017.
- 3.7.3.- Consideraciones estratégicas en la propuesta del III Plan de Salud de Canarias.
- 3.7.4.- Estructura del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017

3.8.- LAS CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD DE BRASIL

- 3.8.1.- Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil
- 3.8.2.- Perspectiva histórica y trascendencia política de las Conferencias Nacionales de Salud
- 3.8.3.- La XV Conferencia Nacional de Salud de diciembre 2015
- 3.8.4.- La organización y el funcionamiento de las Conferencias Nacionales de Salud
- 3.8.5.- Proceso de deliberación y votación de las propuestas por los Grupos de Trabajo en las Conferencias
- 3.8.6.- El papel de los Consejos de Salud en la incorporación de directrices de las Conferencias a las políticas de salud
- 3.8.7.- Ejemplo de deliberaciones en las Conferencias Municipales y su reflejo en los planes municipales de salud. A propósito de un caso práctico
- 3.8.8.- Conclusiones y recomendaciones que se aportan para la revisión y mejora de la eficacia de las Conferencias de Salud y la Participación de la Comunidad en Salud, en Brasil

3.9.- LA CONFERENCIA DE SALUD DE CANARIAS

- 3.9.1.- Conceptualización
- 3.9.2.- Objetivos
- 3.9.3.- Etapas de la Conferencia
- 3.9.4.- El entorno
- 3.9.5.- Públicos al que va dirigida la Conferencia
- 3.9.6.- Diseño de la oferta
- 3.9.7.- Desarrollo de la Conferencia
- 3.9.8.- Funciones de los monitores/as colaboradores¹ del Foro de la Conferencia Insular de Salud
- 3.9.9.- Criterios para formar los grupos de trabajo en los paneles

4.- JUSTIFICACIÓN

5.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.- DISEÑO METODOLÓGICO

6.1.- MÉTODOS UTILIZADOS

- 6.1.1.- Tipo de diseño
 - 6.1.1.1.- Tipo de estudio
 - 6.1.1.2.- Ámbito
 - 6.1.1.2.- Momentos de la elaboración y desarrollo del instrumento para la investigación- acción participativa

¹ Se invitará a los / las monitores/as de la acción formativa “innovando en la Gestión de la Salud” a su participación como monitores en los grupos de trabajo de los paneles

- 6.1.2.- Materiales utilizados
 - 6.1.2.1.- El curso de la acción formativa “Innovando en la Gestión de la Salud”
 - 6.1.2.2.- Material de apoyo al monitor de los talleres
 - 6.1.2.3.- Talleres de la etapa local de la I Conferencia Insular de Salud: la acción Formativa “Innovando en la gestión de la salud” del III Plan de Salud de Canarias 2014-2017
 - 6.1.2.4.- Las Conferencias Insulares de Salud
- 6.1.3.- Participantes
 - 6.1.3.1.- Grupos de perfiles
 - 6.1.3.2.- Muestra de los Talleres (Etapa Local de la Conferencia)
 - 6.1.3.3.- Muestra de las Conferencia Insulares (Etapa Insular de la Conferencia de Salud)
- 6.1.4.- Variables, fuentes de estudio, contenidos y análisis de los talleres de la etapa local e insular
 - 6.1.4.1.- Variables
 - 6.1.4.2.- Fuentes, contenido y análisis de la etapa local de la Conferencia (Talleres de la acción formativa “Innovando en la gestión de la salud” del III Plan de Salud de Canarias 2014-2017)
 - 6.1.4.3.- Fuentes, contenido y análisis de la etapa insular de la Conferencia: Las Conferencias Insulares de Salud
 - 6.1.4.4.- Fuentes, contenido y análisis de la etapa insular de la Conferencia: Las Conferencias Insulares de Salud

7.- RESULTADOS

7.1.- EL CURSO DE LA ACCIÓN FORMATIVA “INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE LA SALUD. III PLAN DE SALUD DE CANARIAS”

7.2.- TALLER 1.- EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN PERCIBIDA EN CADA ISLA EN EL PERIODO 2008-2014, POR LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO Y USUARIOS.

7.3.- TALLER 2. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

7.4.- TALLER 3. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

7.5.- TALLERES 4 Y 5.- EL DIÁLOGO APRECIATIVO: VALORACIÓN DE HITOS DE LA REFORMA SANITARIA; FORTALEZAS, BUENAS PRÁCTICAS. LA IMAGEN HORIZONTE

7.6.- TALLERES 6, 7 Y 8.- EL PLAN DE ACCIÓN

7.6.1.- Acciones por grado potencial de impacto en los problemas priorizados

7.6.2.- Acciones por problemas priorizados y alineación al III Plan de Salud.

7.6.3.- Acciones incluíbles en los Programas de Gestión Convenida (PGC) y Planes Estratégicos de las Direcciones de Áreas de Salud (PEA)

7.6.4.- Dificultades previstas - estimadas para el desarrollo del proyecto de los planes insulares de salud.

7.7.- CONFERENCIA INSULAR DE SALUD 1. EL SISTEMA DE SALUD EN LA ISLA

7.8.- CONFERENCIA INSULAR DE SALUD 2. PANEL ESPECÍFICO I: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PERCIBIDA DE SALUD

7.9.- CONFERENCIA INSULAR DE SALUD 3. PANEL ESPECÍFICO II: DIÁLOGO APRECIATIVO

7.10.- CONFERENCIA INSULAR DE SALUD 4. PANEL ESPECÍFICO III. ACCIONES PROPUESTAS PARA PLANES DE ACCIÓN DE PROBLEMAS PRIORIZADOS.

7.11.- CONFERENCIA INSULAR DE SALUD 5. PANELES GENERALES

8.- DISCUSIÓN

9.- CONCLUSIONES

10.- GLOSARIO

11.- BIBLIOGRAFÍA

12.- ANEXOS

Anexo 1.- Algunas acciones formativas, con el Sistema ECCA de enseñanza a distancia, desarrolladas en el ámbito de la salud, la reforma sanitaria y la cooperación internacional

Anexo 2.- Informe IX Conferencia Nacional de Salud de Brasil. Etapa Nacional: 9 al 14 de Agosto de 1992

Anexo 3.- Curso ECCA, "Innovando en la Gestión de la Salud". Ejemplo de Esquema

Anexo 3.- Guías de trabajo de talleres

Anexo 4.- Cuestionario - participantes- Evaluación Conferencia-Salud

Anexo 5.- Cuestionario - monitores-evaluación curso-talleres y Conferencia

Anexo 6.- Muestra de resultados del análisis de la situación salud. Acción formativa 2008

Anexo 7.- Programa de la conferencia Insular de Salud de Lanzarote-2014

Anexo 8.- Curso ECCA de Plan de Salud-Ejemplo de Esquema

Anexo 9.- ZBS de Gran Canaria y Tenerife por áreas funcionales

Anexo 10.- Población y zonas básicas de salud adscritas a las áreas funcionales de salud, norte y sur de Gran Canaria y Tenerife

Anexo 11.- Relación de Problemas de Lanzarote por categorías y rango 0-10

Anexo 12.- Estructura y determinaciones del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias
2015-2017

Anexo 13.- Tabla de acciones por problemas priorizados de Lanzarote

RESUMEN

La Conferencia de Salud de Canarias se plantea como un instrumento de planificación estratégica y situacional, basada en la indagación apreciativa y metodologías de investigación – acción- participación con el soporte de una herramienta basada en el Sistema ECCA de Enseñanza a distancia y semi-presencial, para la territorialización del Plan de Salud de Canarias.

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo de tipo investigación – acción participativa que se desarrolla a lo largo de siete años, en una estrategia convergente con el proceso de formulación del proyecto del III Plan de Salud 2015-2017, aunque el momento táctico-operacional, se realiza a lo largo del año 2014.

La Conferencia se desarrolla en tres etapas: local, insular y autonómica. En el archipiélago de Canarias se conforman 91 grupos de trabajo en la red asistencial del Servicio Canario de la Salud con la participación activa de 966 personas entre profesionales sanitarios y ciudadanía. Se realiza la formación de 124 profesionales para la monitorización de los grupos y talleres coordinados por el equipo de 23 profesionales como equipo ampliado de planificación, designados por las Direcciones de las Áreas de Salud y Gerencias de Servicio Sanitarios, de Atención Primaria y Complejos Hospitalarios del Servicio Canario de la Salud. En la fase insular, se realiza el análisis y deliberación sobre los resultados de la etapa local y culmina con la trasposición de las operaciones propuestas para desarrollar las 45 Líneas de Actuación y Colaboración del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias.

SUMMARY

The Canary Islands Health Conference is intended as a tool for strategic and situational planning, based on appreciative inquiry and participative action-research methodologies, supported by a tool based on the ECCA distance semi-face learning System, for the territorial development of the 3rd Canary Islands Health Plan.

It is a qualitative descriptive study type that is developed over seven years in a convergent strategy of the III Health Plan 2015-2017 formulation process, although the tactical-operational time, it is done throughout the year 2014.

The Conference takes place in three stages: local, insular and regional. In the Canary archipelago 91 working groups are formed in the healthcare system with the active participation of 966 people, including health professionals and citizens. It's performed the training of 124 professionals for monitoring of the working groups, coordinated by the team of 23 professionals, as an expanded planning team of the central services, appointed by the Directorates of the of the Health Areas. In the insular phase, analysis and discussion of the results of the local stage it is made and culminates with the transposition of the operations to develop the 45 action lines of the III Canary Health Plan Project.

2.- INTRODUCCIÓN

La Conferencia de Salud es un estudio cualitativo – descriptivo basado en un proyecto de investigación – acción participativa en el que los participantes en la investigación han sido al mismo tiempo sujetos y objetos del estudio. El proceso de investigación se produce dentro del Sistema Canario de la Salud como un proceso dinámico y también dialéctico, en el que una gran parte de la acción y de los logros no estaban previstos desde su inicio, por la misma incertidumbre o inestabilidad institucional que es casi estructural en el sector salud de Canarias.

El proceso de la Conferencia de Salud se inicia en el año 2008, aunque el estudio se centra en el momento táctico- operacional de la misma, coincidiendo con el de la formulación del último proyecto del III plan de Salud de Canarias y los efectos de las políticas de ajuste estructural. Se realizan recortes presupuestarios que afectan particularmente a las políticas sociales y particularmente laborales, que están afectando la salud de la población y sometiendo a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas a fuertes tensiones.

La Conferencia de Salud de Canarias, desarrolla las dos primeras de las tres etapas previstas: local, insular y autonómica. En el archipiélago se organizan 91 grupos de trabajo en la red asistencial del Servicio Canario de la Salud con la participación activa de 966 personas entre profesionales sanitarios y ciudadanía. Se realiza la formación de 124 profesionales para la monitorización de los talleres, que son coordinados por un total de 23 profesionales de todas las islas funcionando como equipo ampliado de planificación. Fueron designados por las respectivas Direcciones de las Áreas de Salud, Gerencias de Servicio Sanitarios, de Atención Primaria y Complejos Hospitalarios del Servicio Canario de la Salud. En la fase insular, se realiza el análisis y deliberación sobre los resultados de la etapa local y culmina en las siete Conferencias Insulares de salud, con la trasposición de las operaciones propuestas para desarrollar las 31 Líneas de Actuación y 14 de Colaboración del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias.

A lo largo de los ocho años se han producido cambios y adecuaciones situacionales a circunstancias relacionados con los distintos tiempos técnicos y políticos en la gestión del Plan de Salud y de la Conferencia.

Un valor añadido a considerar es la dinámica creada para poner en valor la necesidad de mayor participación de los profesionales y los gestores, y también de los actores sociales con representación en los órganos colegiados, por las perspectivas de llegar a tener una mayor presencia en la agenda política de la sanidad y en la negociación y deliberación en los procesos de planificación y gestión de los servicios de salud, tal y como prevé la normativa vigente y el Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 en su epígrafe 7.

3.- ANTECEDENTES

3.1.- EL CONTEXTO

Canarias, como archipiélago de siete islas y Región Ultraperiférica de Europa, con 2.104.815 habitantes y la visita de cerca de 13 millones de turistas anuales en el año 2014, ha mejorado sus condiciones de vida y salud en los últimos 30 años, hasta el inicio de la actual crisis económica.

Se ha producido el envejecimiento progresivo de la población como resultado de la transición demográfica vivida en España y en Canarias a lo largo del siglo XX, caracterizada por un régimen de muy baja fecundidad y reducción de la mortalidad, debido a la mejora en las condiciones de vida. Esa mejoría, también de la atención sanitaria en Canarias, ha determinado la mejoría en la percepción de la salud y de la esperanza de vida en buena salud al nacer (EVBS) (1).

Con un perfil epidemiológico semejante al de los países de la OCDE, las tasas de mortalidad evitable en Canarias han venido descendiendo ininterrumpidamente, y de manera significativa, por la reducción en aquellas causas asociadas al correcto funcionamiento de los servicios sanitarios (Causas ISAS). No obstante, los más importantes factores de riesgo como el nivel de sedentarismo/actividad física, el sobrepeso y la obesidad y la salud mental siguen constituyéndose como prioridades en la acción por la salud pública al ser los que más aportan a las tasas de morbimortalidad de la población de Canarias. La prevalencia de enfermedades crónicas y sobre todo la hipertensión arterial, la diabetes la enfermedad cardiovascular y los trastornos mentales siguen incrementándose con riesgos relativos elevados, especialmente cuando las familias tienen peores condiciones de vida (2).

En estos momentos Canarias se sitúa en cabeza de las Comunidades Autónomas tanto en obesidad en general, como en obesidad infantil y juvenil y la 3ª en sobrepeso en niñas y niños de 2 a 17 años y con tendencia creciente. También otros factores de riesgo asociados al riesgo cardiovascular como niveles altos de colesterol o el sedentarismo en la población infantil y adulta, alcanzan valores preocupantes en Canarias porque, además, se asocian a la privación social. En coherencia con esta situación aunque con una tendencia decreciente en los últimos treinta años, las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica y diabetes son las más elevadas del Estado.

Entre los determinantes sociales de la salud, la relación entre educación y salud es la más contundente de las cuatro dimensiones del estatus socioeconómico (educación, renta, ocupación y raza). Si como efecto de la crisis se pierden escolares, y años de escolarización, se acabará pagando, a la larga, con salud (3), (4), (5).

Por otra parte, el desempleo influye negativamente en la renta, dependiendo de la generosidad de las prestaciones económicas públicas del país. El empobrecimiento empeora la dieta, las condiciones de vida y la salud mental. También se ha asociado con un aumento de la mortalidad general y por suicidio, y con diversos problemas de salud (6) (7) (8) (9), aunque también con la reducción de otras causas de la mortalidad como accidentes así como con mejoras de salud en determinados colectivos y periodos cortos de tiempo de desempleo (10) (11) (12) (13).

Asimismo, se ha evidenciado, que en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la Seguridad Social (14) (15), lo que supondría un agravante en Canarias, como en el Sistema Nacional de Salud, si se sigue avanzando en el proceso ya instaurado de vincular el derecho a la asistencia sanitaria el vínculo de la protección de la Seguridad Social y no al derecho a la salud, con financiación universal como establecía, hasta ahora, la normativa vigente.

Por otro lado, también se ha podido evidenciar que la vertebración social y el capital social, medido por ejemplo por la pertenencia a organizaciones sociales, tienen un efecto protector de la salud durante las crisis ayudando a amortiguar los efectos de la privación económica y social (16).

Con respecto a la salud del sistema, existe un amplio consenso respecto al hecho de que Canarias -como el SNS español- tienen un buen sistema sanitario. No obstante, es necesaria una reorientación del modelo asistencial, que el III Plan de Salud, por su componente más estratégico, plantea. Respecto a la financiación, a pesar del déficit generado por los sucesivos Sistemas de Financiación de Comunidades Autónomas, por parte del Estado y que ascendía a 2.060 millones de euros para el período 2002-2011, la aportación propia del Gobierno de Canarias logró mantener un gasto sanitario público consolidado per cápita en el entorno de la media del Estado, hasta 2012. A partir de 2010, y motivado por la crisis económica como en el resto del Estado, Canarias ha tratado de mantener unos presupuestos en sanidad acordes con las necesidades en un escenario de enorme dificultad. Desde ese año, el gasto sanitario público por población protegida y per cápita, presenta una tendencia descendente, pasando, desde los 1.494 euros del año 2009 a 1.252 en 2012 mientras que en el Estado pasaba de 1.510 a 1.309, respectivamente (17).

En términos relativos, y a pesar de presentar un PIB per cápita inferior al del Estado, Canarias ha dedicado un porcentaje del PIB per cápita en salud superior al promedio de España; 6.3% en el año 2012 respecto al 5.8% respectivamente. Además, y como expresión de la prioridad que la Comunidad Autónoma otorga a la sanidad, el presupuesto dedicado al gasto sanitario en 2014, de 2.601.578 euros, que se incrementa en el 1,65% respecto al 2013 y alcanza el 42,7% del presupuesto total del Gobierno, que es el porcentaje más alto dedicado a sanidad, en la historia de la Autonomía.

La actual situación de crisis económica, con el consiguiente deterioro en las condiciones de vida de la población y en el acceso al sistema sanitario, el incremento de las desigualdades sociales, que está produciendo un deterioro en la situación de salud (18), podría afectar a la solidaridad y la equidad del sistema público de salud, introduciendo factores de incertidumbre en cuanto a su sostenibilidad y de riesgo sobre la accesibilidad, la cobertura asistencial, la evolución de los principales indicadores de la salud y de la calidad y seguridad de las prestaciones (19) (20) (21).

3.2.- REFORMA SANITARIA VERSUS CONTRARREFORMA SANITARIA

La Reforma Sanitaria debe ser entendida en sus ámbitos jurídico-políticos; político-institucionales y político- sociales (22). Debe ser comprendido también como un proceso de participación social en la promoción de la salud que implique a los ciudadanos favoreciendo cambios sociales, ambientales y en los estilos y modo de vida que contribuyan a una existencia más saludable y al control social del sistema público de salud. Debe, por tanto contribuir a sensibilizar y movilizar a los cargos públicos; representantes vecinales y de los trabajadores; movimientos sociales o ciudadanos para su implicación activa en la que afecten el desarrollo de la calidad de vida y del funcionamiento de los servicios de salud. Incluye asimismo, a las organizaciones empresariales y, de modo fundamental, a grupos profesionales, funcionarios de los servicios centrales y estructuras de gestión, sanitarios de los Centros de Salud, de Hospitales y de la Salud Pública en general contribuyendo a modificar su actividad cotidiana.

Como idea fuerza del concepto de Reforma Sanitaria podemos explicitar el primer artículo de la Carta de Fuerteventura: *“La salud y los procesos de Reformas Sanitarias están más allá de la asistencia médica e involucran y dependen de la Paz mundial, del nivel de justicia y solidaridad en el interior y entre las sociedades, de la distribución de la riqueza y de los bienes sociales como el trabajo, la educación, la alimentación, la vivienda, etc.”*(23).

3.2.1.- Aspectos conceptuales

Nos parece pertinente clarificar el término “sector salud”, como categoría operacional y en cuanto objeto central de lo que a los efectos de este análisis entendemos por Reforma Sanitaria. En general, cuando se trata este tema la referencia es el de la reforma del sistema asistencial o llamada sanidad de un modo restrictivo. Desde la perspectiva de la planificación sanitaria y de las políticas de salud, hacemos nuestro el concepto propuesto por Sergio Arauca(24) al entender *que Salud es un objeto concreto que comprende diferentes componentes: un campo de necesidades engendradas por el fenómeno salud-enfermedad y el ámbito de sus factores determinantes; la producción de los servicios de salud con su base técnico-material, sus agentes e instituciones organizados para satisfacer necesidades; su existencia como espacio específico de producción y circulación de mercancías (empresas, equipo y medicamentos), como espacio de densidad ideológica y de hegemonía de clase² a través de políticas sociales relacionadas con la producción social; por poseer una potencia tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nivel individual como colectivo.”*

En ese sentido, y haciendo nuestro el concepto de Giovanni Berlinguer y Sonia Fleury, la Reforma Sanitaria no está solo constituida por normas jurídicas, decretos o cambios institucionales. Debe ser un proceso de participación popular en la promoción de la salud que implique a millones de ciudadanos; debe afrontar cambios sociales, ambientales y de la calidad

² Desde un aspecto social, se entiende como «hegemonía cultural» la dominación y mantenimiento de poder que ejerce una persona o un grupo para la persuasión de otro u otros sometidos, minoritarios o ambas cosas; imponiendo sus propios valores, creencias e ideologías, que configuran y sostienen el sistema político y social con el fin de conseguir y perpetuar un estado de homogeneidad en el pensamiento y en la acción, así como una restricción de la temática y el enfoque de las producciones y las publicaciones culturales. (Bottomore T. (1988). Diccionario de pensamiento marxista. Ed. Jorge Zahar. Rio de Janeiro.

de vida que contribuyen a una existencia más saludables: debe movilizar a consejeros de comunidades autónomas y de cabildos (en el caso de Canarias); alcaldes; a concejales de municipios y responsables de distritos; de cuadros de organizaciones y de movimientos sociales y profesionales como de pacientes y familiares; sindicales, vecinales, juveniles, de mujeres; personas mayores, universidades y a los miles de asesores; debe transformar la actividad cotidiana de médicos, técnicos y enfermeros y profesionales de la sanidad en general. *“¿Cómo podrá ocurrir eso si prevalece un clima político confuso o reaccionario o si se rompiera cada forma de unidad democrática, si dominasen los egoísmos de partidos políticos o los particularismos de categorías profesionales, de grupo o de zona?, ese es el reto.*

Aceptando esta visión procesual consideramos que la Reforma Sanitaria es también, y al mismo tiempo, un elemento activo en la conformación de actores e identidades políticas y sociales y en el desarrollo subsiguiente de la acción y confrontación partidista, corporativa, de grupos... en definitiva de lucha política en los escenarios considerados; como un campo electromagnético de fuerzas, o como una “arena” técnica y política de diferentes visiones e intereses. Este debate, o disputa, es la que se desarrolla en lo cotidiano fuera y dentro de las organizaciones sanitarias: en las movilizaciones alrededor de temas de salud o de sanidad; en el modo de plantear o desarrollar una acción en el plano administrativo, técnico y científico o cultural, social o político o desde una perspectiva más social o epidemiológica etc.. Los lugares donde se desenvuelve la acción cotidiana es el servicio del Hospital o el centro sanitario; el sindicato o el partido político, la asociación de vecinos etc. o el municipio, la isla, la región o el Estado en su conjunto etc.

Y la reforma puedes ser... es... entonces un terreno de acción privilegiada no solo para promover la salud y mejorar la asistencia sanitaria de los ciudadanos, lo que ya en sí es muy difícil, sino para unirse en una obra de renovación por la salud como espacio de consenso. Tal y como refiere Giovanni Berlinguer (25), *“la salud es el componente revolucionario de la reforma sanitaria”*. En opinión de Sarah Escorel (26) *“... eso significa que el objetivo último principal de la reforma sanitaria reside en el cambio sustancial y sustantivo de las condiciones de salud de la población, una vez que esas transformaciones permitan el ejercicio de la libertad de poder cambiar la sociedad como un todo”*. Se puede afirmar, que salud es un bien común y un espacio privilegiado de consenso político, desigualmente distribuido entre las clases sociales y territorios y en la forma en que se afronta la respuesta social por los diferentes grupos o actores sociales, se encuentra el disenso.

3.2.2.- El marco teórico de las Reforma Sanitaria

En estos momentos del año 2015, en España se habla de “Reforma” para tratar de explicar los cambios que se están produciendo en el Sistema Nacional de Salud por las políticas de ajuste estructural impuestas en la llamada crisis de la deuda. Sin embargo consideramos más adecuado su denominación de “Contrarreforma” Sanitaria al entender que va más allá de la reorientación que necesitaba y necesita el actual Sistema Nacional de Salud. Por el contrario en el III Plan de Salud de Canarias, se opta por la profundización en la Reforma afrontándose la amenaza de un mayor deterioro del sistema sanitario público (27).

El término de Reforma Sanitaria es un concepto y ámbito de producción del conocimiento que va más allá de una mera reorganización de los sistemas y servicios de salud al concebirlo como un proceso de cambio en la estructura de poder del sector (28). Dicho proceso gira esencialmente en dos ejes principales que son la centralización/descentralización y el público/privado. En el caso particular del Sistema Nacional de Salud proponemos otros dos secundarios pero no por ello menos importantes: atención primaria – salud pública/ atención especializada u hospitalaria y gestión estratégica y participativa en salud/ gestión gerencial (gerencialismo) (Gráfico 1) (29). Desde este punto de vista, la Reforma Sanitaria no trataría solamente de la transformación de la norma legal y de la organización del Sistema Sanitario sino de un desplazamiento del poder técnico, administrativo y político, en su aparato burocrático-institucional en la dirección de dichos ejes, pero con un sentido que le da la dirección política y técnica del sistema sanitario en sus correspondientes niveles, sea Nacional, Autonómico y territorial, correspondiente. (30), (31)

El eje centralización – descentralización, se refiere a la asignación del poder, autoridad y responsabilidad entre el centro y la periferia de las instituciones o del Estado.(32)En el caso del Área de Salud o Distrito Sanitario como Sistema Local de Salud, la referencia es la descentralización administrativa para las políticas de salud y de la gestión de los sistemas de salud en cuanto a su financiación y la prestación de servicios. La descentralización se evalúa en términos de la gama de opciones disponibles para los tomadores de decisiones a nivel local, con rangos más amplios asociados a mayores grados de descentralización entre las que se consideran la desconcentración, la delegación y transferencia (Apartado 1.4 del documento 2 del Plan de Salud). La combinación adecuada de control central y gestión local depende de factores políticos, técnicos e institucionales.

El eje público-privado es otro de los ejes fundamentales del proceso de las reformas sanitarias. En el escenario actual de recesión y enormes recortes de gasto público, dentro del Sistema Nacional de Salud español, la polarización desde el polo de lo público hacia el privado se encuentra en la agenda política con soluciones encontradas en relación a la necesidad de reorientación del modelo asistencial.

Los sistemas públicos de salud, en el contexto de la globalización neoliberal de los últimos 20 años, han venido siendo sometidos a una inmensa presión por las fuerzas y concepciones más privatistas y desreguladoras propias de la “moda” neoliberal que contamina y degrada dichos sistemas. Esta tendencia que se instala en el pragmatismo de verdades no evidentes, científicamente hablando, están consiguiendo que los servicios sanitarios más eficientes, equitativos y efectivos conocidos, y que se caracterizan por su universalidad, financiación pública por impuestos y su provisión fundamentalmente pública, se puedan deteriorar y dismantelar debido a la inmensa presión a que se les está sometiendo a través del *ajuste estructural*³ impuesto en España por la crisis de la deuda.

³El término *ajuste estructural* se utiliza generalmente para describir los cambios de políticas económicas que los gobiernos se comprometen a realizar al recibir préstamos del FMI y el Banco Mundial³. Una política común necesaria en el ajuste estructural es la privatización de las industrias y los recursos de propiedad estatal. Aparentemente, esta política tiene como objetivo aumentar la eficiencia y la inversión, a la vez que disminuye el gasto público. Sin embargo, los críticos han condenado los requisitos de la privatización. Esta convierte a las necesidades básicas, tales como el agua y el sistema de salud, en una mercancía que no es accesible para quienes

En los últimos años se ha ido favoreciendo la sanidad privada desde medidas como la desgravación del aseguramiento, la progresiva externalización de servicios, incluyendo servicios privados dentro de las mismas estructuras de la sanidad pública o los incrementos en la concertación con la red privada. Además, las estrategias de gestión sanitaria privada, que se han venido instalando en determinadas CCAA del Estado, especialmente las de colaboración público-privada, contrariamente a lo que publicitan sus defensores, no han demostrado en la práctica ventajas que aconsejen su adopción. De un lado, las fórmulas de concesión de obra pública han dado lugar a notables problemas financieros derivados de los mayores costes de financiación (Reino Unido) o a disfunciones asociadas a restricciones en las competencias en el mercado (Italia). Por otra parte, con más de 15 años de experiencia en concesiones administrativas (Alcira comienza en 1999) constituye un modelo con *más sombras que luces*, no existe ninguna evaluación independiente de sus resultados, constituyendo un modelo de cuestionada eficiencia (33), (34), (35), (36).

Para autores como Vicenç Navarro, el elevado desarrollo que está teniendo la sanidad privada se explica por la subfinanciación de la sanidad pública española. Estas reformas privatizadoras tienen como objetivo aumentar el porcentaje de la privada a costa de la pública, argumentándose que tal extensión de la privada beneficia a la pública permitiéndole tener más recursos por paciente, disminuyendo así la masificación de la sanidad pública. El 30% de renta superior de la población va a la sanidad privada mientras que el 70% va a la pública habiéndose creado una polarización, por clase social, en el sistema sanitario. (37)

Otro de los componentes importantes de la Reforma Sanitaria es el *eje del tipo de gestión en el sistema sanitario*. En Canarias, el III Plan de Salud plantea el desplazamiento del modelo de gestión hacia una gestión estratégica, participativa y orientada a los resultados de salud (Figura 1)

Tal y como establece el Gobierno de Canarias en el programa estratégico de modernización y calidad de los servicios públicos (PEMAC), *El contexto actual de crisis económica global, en el que la gestión pública debe enfrentarse a la creciente exigencia de eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos puestos a su disposición, debe ser aprovechado como oportunidad para promover un cambio en el proceso de modernización de la Administración Pública canaria, más acorde con los nuevos tiempos, en el que el capital humano de nuestra organización se convierta en verdadero agente dinamizador del cambio, fomentando, además, la cultura de servicio público, creando valores a través de los cuales se consiga una organización moderna, ágil, eficaz y eficiente* (38).

En este sentido es necesario avanzar y superar teorías y prácticas aún persistentes en la Administración y que son propias de otros tiempos, en las que se le adjudicaba la tarea de administrar las personas como si ellas fueran instrumentos, cosas o recursos, objetos despojados de voluntad o proyecto propio (Taylorismo). Dichas teorías formaban parte de la

no puedan pagar por ellas. Esta tendencia que se instala en el pragmatismo de verdades sin evidencia científica, están consiguiendo que los servicios sanitarios más eficientes, equitativos y efectivos conocidos, y que se caracterizan por su universalidad, financiación pública por impuestos y su provisión fundamentalmente pública, se puedan deteriorar y desmantelar.

cultura tradicional de la mayoría de Escuelas de Administración con el objetivo explícito de disciplinar al trabajador, doblegar el orgullo, la autonomía y la iniciativa crítica.

Desde el punto de vista de la administración flexible como gestión participativa en particular, se entiende la Gestión en Salud desde una doble perspectiva, la de asegurar el cumplimiento del objetivo primario de la organización, en este caso -producir salud, educar, calidad, eficacia y eficiencia en la atención, etc., y la de permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión y, en consecuencia, de realización profesional y personal. Ello supone enfrentar el desafío que supone combinar la democratización institucional con la capacidad de tener algún grado de centralización vertical, sin lo cual las instituciones y sus servicios se perderían en discusiones interminables o en particularidades.(39), (40)

Da ahí que uno de los aspectos fundamentales de este eje de las reformas sanitarias es el de cómo asegurar en la gestión, una combinación adecuada de autonomía profesional con cierto grado de definición de responsabilidad para los trabajadores.(41) Pero está claro que los servicios de salud no pueden funcionar sin cierto grado de control institucional y de ahí la paradoja y los desafíos de esta necesaria reorientación ¿Cómo combinar determinados grados de libertad con control? ¿Trabajo autónomo con atribución de responsabilidad?

Este cambio parte del polo de unas políticas sanitarias públicas caracterizadas por el *gerencialismo*, (42) en las que se cuenta poco o nada con los profesionales o los pacientes; se disocia drásticamente la gestión operativa de los servicios de la formulación de políticas y la gestión estratégica. Dichas políticas se deliberan y deciden entre nuevas categorías de expertos, obviando o minimizando la participación de los profesionales implicados o de las organizaciones profesionales, científicas y ciudadanas. Se consolida el poder de los sectores que ya tienen voz y que serán tenidos en cuenta en las grandes decisiones de la política sanitaria, reduciéndose o desapareciendo la posibilidad de participación de trabajadores y los sectores de la población que se hallan en desventaja social, carentes de voz, y cuyos intereses se encuentran escasamente representados. La Carta de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias (43) establece la siguiente afirmación en relación a la participación y a la gestión participativa: “La democratización de las políticas de salud significa garantizar el acceso y la adecuación de los servicios a las distintas comunidades y personas, y la participación de la comunidad en la toma de decisiones con poder efectivo para modificar y adaptar los servicios a sus necesidades reales. El control social va más allá de una democracia parlamentaria y debe propiciar una democracia emancipadora para los ciudadanos”.

El eje *Atención Primaria, Salud Pública-Atención Hospitalaria*. La tendencia de las causas de mortalidad en los últimos cincuenta años, según datos referidos al año 2012, sitúa a Canarias ante un patrón de mortalidad en el que el 70% de los fallecimientos son debidos a tumores (30%) y enfermedad cardiovascular (40%). Las enfermedades crónicas y sobre todo la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades cardiovasculares y enfermedades mentales siguen incrementándose con riesgos relativos elevados, especialmente donde las familias tienen peores condiciones de vida (44). Esta evidencia tiene que ser punto de partida para la definición de políticas de salud en el futuro en la medida en que los países desarrollados se reconoce que el sistema de salud está excesivamente concentrado en la atención aguda y que un gran número de servicios se podrían prestar desde otras estructuras

asistenciales más simples (45). En este sentido existen evidencias de que el desarrollo de la Atención Primaria es considerada la forma más coste-efectiva para alcanzar los objetivos marcados para la mejora del rendimiento de los servicios sanitarios, es decir, los objetivos de equidad, accesibilidad, mejora de la salud, efectividad y eficiencia, y participación de los usuarios. (46) (47)

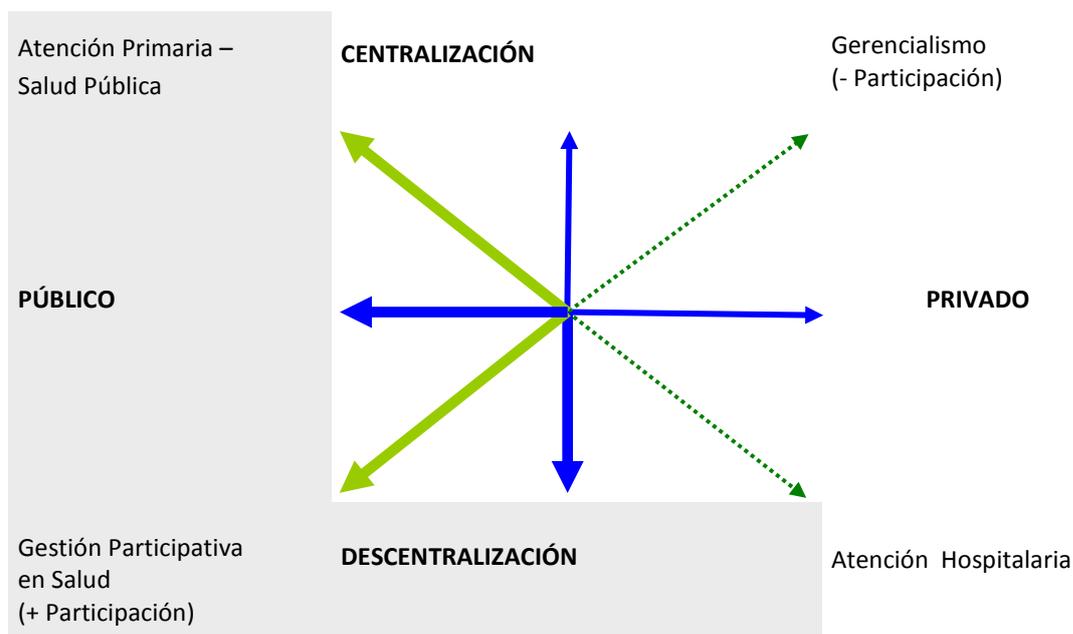
Mientras tanto, existe un nivel de fragmentación en el ámbito clínico-asistencial entre los subsistemas de atención primaria, hospitalaria, socio-sanitaria y de salud mental, a menudo con prioridades diferentes y escasa comunicación. Los hospitales siguen llenos de pacientes que podrían ser atendidos en estructuras más simples. El resultado es la duplicidad de pruebas, la pérdida de continuidad asistencial y de información y un modelo de cuidados poco preventivo. Asimismo, en sistemas fragmentados, los estudios indican que el 30% del gasto sanitario se puede atribuir a la variabilidad de la práctica clínica, que traduce problemas de efectividad sanitaria y de eficiencia social en la toma de decisiones.

La propuesta para mejorar la continuidad asistencial y la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios, y particular de los hospitales, que es recogida en el proyecto del III Plan de Salud de Canarias, pasa por mover el centro de gravedad hacia una atención y seguimiento más eficaz en Atención Primaria para contribuir a cambiar esta tendencia y viabilizar la integración asistencial. El aumento de la resolutivez en este primer nivel de atención supondría reducir la presión sobre el resto de niveles asistenciales, lo que contribuiría a aumentar la eficiencia y efectividad de los procesos asistenciales y a la mejora de la calidad y la continuidad de la atención.

Las organizaciones sanitarias integradas, se responsabilizan de la cobertura de un amplio rango de servicios, desde la atención primaria a la socio-sanitaria y la hospitalaria, para una población definida geográficamente. De hecho así funcionan las Gerencias de Servicios Sanitarios del Servicio Canario de la Salud en las islas no capitalinas. Sus objetivos son la eficiencia global de la previsión y la continuidad de la atención, a través de un objetivo intermedio: la mejora de la coordinación de los servicios. Lo que se pretende a través de esta estructura es la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión.

Siguiendo el esquema de los cuatro ejes propuestos (Gráfico 1), el III Plan de Salud de Canarias apuesta claramente por: 1) mantener el carácter público del Sistema Canario de Salud, es decir la financiación por la vía de los impuestos y la provisión fundamentalmente pública de los servicios sanitarios; 2) avanzar hacia la descentralización facilitando el desarrollo de la gestión que dote de mayor autonomía de gestión y de participación, a los profesionales, como la creación de Unidades Funcionales de Trabajo y de Gestión Clínica; 3) apoyar la participación activa de la ciudadanía, y fortalecimiento de los órganos de representación existentes, en la planificación, gestión y rendición de cuentas del sistema sanitario y 4) poner el foco en el nivel de Atención Primaria y en los servicios de Salud Pública en un proceso de reducción de la fragmentación existente y hacia la integración de vertical de los servicios sanitarios.

Gráfico. 3.1. Ejes prioritarios de actuación del III Plan de Salud de Canarias



Fuente: Elaboración propia

3.2.3.- Los antecedentes y el contexto internacional, nacional y local de la Reformas Sanitarias

3.2.3.1.- Nivel internacional

A finales de los años 70, los países del Sur de Europa desarrollaban sus reformas sanitarias basadas en el modelo del servicio nacional de salud del Welfare State del Reino Unido y los países escandinavos. Italia a diferencia de los países considerados había aprobado su la ley del Servicio Sanitario Regional en el año 1976 precedido de movimientos y avances como el de la nueva psiquiatría a mitad de los 60, que culminó con la reforma psiquiátrica; movimiento de mujeres (servicios de planificación familiar, ley del aborto) y posteriormente, durante los 70 por la presión de las fuerzas populares y movimientos ciudadanas entendidas como fuerzas representativas de la población, apoyados desde los municipios de gobiernos progresistas (48). Por otro lado Portugal en 1979 aprobaría la Ley del Servicio Nacional de Salud cuyas bases fueron discutidas en el momento en que el país sale del periodo de dictadura en el 74-75 y culmina con un servicio que es claramente también de inspiración socialista. (49) También Grecia que entra en el Mercado Común en 1981, aprobaba una ley para la creación de un Sistema Nacional de Salud en 1983 aunque su aplicación se aplazaría hasta 1986. Por otro lado Brasil celebraba en el mismo año 1986, la VIII Conferencia Nacional de Salud en la que se reformulaba el Sistema Nacional de Salud y sus principios conceptuales en la culminación de un proceso democratizador que tenía - y tiene - en el movimiento sanitario un espacio privilegiado de desarrollo para el que contó con la inspiración y referencia del movimiento sanitario italiano. (50)

Estos países del sur de Europa citados, como España y Canarias, también salidos de gobiernos y estructuras autoritarias por las dictaduras que les precedieron, implementan los procesos reformadores en contextos históricos que presentan muchas semejanzas (51). El sector salud, en momentos de democratización y avances sociales y políticos, proporciona espacios de disputa política y confrontación técnica que contribuyen a la modificación de las correlaciones de poder en ese sector del aparato institucional del Estado y en la sociedad civil. (52), (53), (54) Eran estructuras de Estado que se encontraban en procesos de transición desde la dictadura hacia su reconocimiento y legitimación como Estados democráticos de derecho. La institucionalización de las reformas con la aprobación de las correspondientes leyes era la culminación de procesos, históricamente determinados, que apenas conseguía encaminarse y que había comenzado años atrás.

En Enero de 1986, España ingresa junto con Portugal en la Comunidad Económica, el mismo año en que se aprueba la Ley General de Sanidad. Desde entonces el proceso de integración transcurrió aceleradamente en lo social y en lo económico. Los acuerdos de Maastricht de Febrero de 1992 son el símbolo del nacimiento de la futura Constitución sobre la que se construirá la Unión Europea e incluye compromisos muy fuertes en lo económico. Sin embargo desde la Comunidad Europea no existen directivas sobre la organización del sector salud más que en aspectos relacionados con el sector farmacéutico y la seguridad e higiene en el trabajo. En dicho sector, los países europeos ya están fuertemente vinculados en el mercado de los bienes, pero no así en el de los servicios dando la impresión de un convencimiento de que los sistemas de Seguridad Social, en particular los Fondos Sociales de Previsión y los Servicios Nacionales de Salud, no deberían igualarse completamente (55).

A pesar de esta neutralidad política- jurídica de la Unión Europea, en cuanto a estructuras organizativas en los sistemas sanitarios, es manifiesto el proceso de reorientación en todos los países con modelos tipo Servicio Nacional de Salud dentro de la estrategia neoliberal de reducir o "desestatizar" los servicios públicos como Reino Unido, Suecia, Italia etc.. Se privatizan amplios sectores de la gestión de los servicios, ampliando el espacio para las multinacionales de las compañías de seguros y propiciándose la deslegitimación y desacreditación de los Servicios Sanitarios Públicos, demorando la introducción de los cambios necesarios en estos.

Afirmaciones como la del ex-primer ministro francés, Sr. Barrè, en el World Economic Forum (Carvajal V. 1994), apuntan con insistencia en esta dirección: "tenemos que apretarnos el cinturón,"... "Hay un exceso de protecciones sociales que ahora están bajo amenaza y que ha desaparecido en algunos países como Suecia". "Una drástica reducción de los beneficios sociales es el precio para evitar un ajuste futuro más doloroso". "Nuestros Estados de bienestar no dan los incentivos necesarios para el trabajo; hay demasiados desincentivos". Estas propuestas junto con otras afirmaciones como la del primer ministro Belga Sr. Dehaene: " El sistema actual de gravar el trabajo para financiar el Estado de bienestar está creando más y más desempleo", eran manifestaciones que ya en esa época expresaban la posición del pensamiento neoliberal hegemónico que estaba calando hondo también en España, donde el envejecimiento de la población y sus consecuencias sobre el sistema público de la Seguridad Sociales pesaban cada vez más. Casi veinte años después y ahora con mucha más presión.

3.2.3.2.-A nivel del Estado y de Canarias

En España, los primeros movimientos de cambio en el proceso de Reforma Sanitaria, se producen en los inicios de la transición democrática a mitad de los 70s, como también ocurre en Canarias. Se inician una serie de experiencias innovadoras impulsadas por jóvenes profesionales que de una forma descoordinada inicialmente, contribuyen a generar el proceso por la reforma sanitaria en España, como también ocurría en Canarias. El movimiento por la reforma de la Salud Mental, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, tuvo expresión en Canarias, y particularmente en Gran Canaria, en la segunda mitad de los 70s y, aunque entonces no recibió el apoyo institucional necesario, fue el principio en el que se establecieron las bases teóricas y estratégicas de lo que hoy conforma la nueva red de salud mental. Entre las experiencias significativas en el ámbito de la Atención Primaria se destacan la del grupo de Montánchez en Cáceres (56), (57), el Plan de Salud de Berritz en Vizcaya (58) y la del Centro de Salud de Tirajana, (59), (60), (61) en Gran Canaria en el periodo de 1976-1980, declarado como Centro Piloto de Salud por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta experiencia, de la que se hará mención más adelante, fue considerada proyecto de demostración fue precursora del nuevo modelo de la Atención Primaria en España. Otras iniciativas innovadoras en Canarias fueron las de Tijarafe en la isla de La Palma y en el municipio de la Guancha en Tenerife. El movimiento de los médicos jóvenes canarios en paro durante los 80; la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y su desarrollo inicial a través la experiencia del Centro de Casa Pastores en Vecindario (Santa Lucía de Tirajana) en 1981-83 (Alemán, S. 2006); (62) así como el cambio precoz en el currículo y perfil de la nueva Enfermería, fueron hechos relevantes en el proceso de la Reforma Sanitaria en Canarias. Estos avances limitados tienen su correspondencia en el mundo hospitalario con la constitución de la coordinadora de hospitales públicos y la creación en 1981 de la Asociación por la Defensa de la Sanidad Pública que se extiende a todo el territorio del Estado como Federación (FADSP) (63) con movilizaciones y propuestas que contribuyen a crear las condiciones para la formulación y posterior institucionalización de la Reforma Sanitaria en la Ley General de Sanidad.

El movimiento, por una mayor implicación de los municipios canarios en los asuntos sanitarios, se promueve a partir de 1984 – 1985 con un decreto sobre la regulación de los Programas de Salud Escolar, por el que la Comunidad Autónoma transfiere financiación a los Ayuntamientos para su desarrollo. La influencia del movimiento municipalista por la Salud Pública en Cataluña y Valencia contribuyó a la creación de los primeros Institutos Municipales de Salud Pública en Puerto de la Cruz en Tenerife y Telde y San Bartolomé de Tirajana en Gran Canaria. Más tarde en el año 2000, cuando en el Estado ya se desarrollaba la estrategia de la Red española de Municipios Saludables, en Canarias se hace intento de revitalizar las funciones y actividades de salud pública a través de la coordinación de los municipios con la red de Centros de Atención Primaria y el apoyo a la creación de los Consejos de Salud de Zona Básica pero no consigue una implantación e institucionalización por la falta de apoyo político desde la Dirección del Servicio Canario de la Salud, decayendo y reduciéndose a acciones puntuales como programa de la Dirección General de Salud Pública, hasta decaer definitivamente a pesar de haberse conseguido la adhesión del 56% de los municipios canarios a la red.

Una experiencia a destacar la constituyó el comienzo de la utilización de la radio con método ECCA de educación de adultos a distancia en el año 1984, con la acción formativa y participativa a través de talleres, “Salud para todos” desarrollada a lo largo de 10 ediciones con un total de 23.618 personas, en talleres por grupos de 10 a 15 personas. (64), (65), (66)

En 1991 y con la aprobación de la Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias, por un grupo de profesionales y científicos de distintos países del mundo, se afirma el carácter procesal de la Reforma Sanitaria y Canarias inscribe un hito importante en la historia de la Sanidad en Canarias ⁴ (67).

3.2.4.- El ámbito político institucional de la Reforma Sanitaria

Desde el punto de vista político institucional y jurídico, el proceso de la reforma sanitaria en España se puede enmarcar en un largo proceso de evolución desde un sistema de seguridad social a un servicio nacional de salud (68), que se inició institucionalmente con los “Pactos de la Moncloa” (finales de 1977) y la aprobación de la Constitución Española (1978).

Desde el punto de vista político-institucional, el inicio de la Reforma Sanitaria en España se podría fijar en el año 1984, cuando el gobierno del PSOE publica el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud 137/1984 que pone en marcha la reforma de la Atención Primaria de Salud y a partir del cual se crean los Equipos de Atención Primaria y se construyen los primeros Centros de Salud. Sin embargo los procesos sociales y políticos referidos, que anteceden esa institucionalización, son fundamentales en su formulación e implementación.(69)

Como se comenta más adelante, esta primera medida se desarrolló desde la Subdirección de Atención Primaria del INSALUD, ocupada por Jose Carro como Subdirector General que había sido el coordinador de la importante experiencia de Montánchez referida. Se crearon grupos de trabajo con la participación activa de profesionales, y actores que en aquel momento representaban a las iniciativas innovadoras y avanzadas social y políticamente en España, así como de expertos latinoamericanos instalados en España tras los golpes militares y dictaduras establecidas por entonces en Chile, Uruguay o Argentina.

Tanto el Real Decreto 137/ 1984 como La Ley 14/1986 General de Sanidad respondían al programa sanitario aprobado por el Partido Socialista Obrero Español en su XXIX Congreso; un poco antes de que ganase las elecciones de 1982 y asumiese el gobierno de España ininterrumpidamente hasta Marzo de 1996. En aquel momento estaban en marcha los procesos de reformas desregulatorias de los sistemas sanitarios que se instalaban en América Latina, donde sistemas nacionales de salud de gran prestigio en las Américas y en el mundo,

⁴La Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias parte del análisis teórico sobre Democracia y los conocimientos sobre políticas de Salud y procesos de Reformas Sanitarias, realizada a partir de la reflexión sobre los efectos de la reunificación de Alemania, las transformaciones en los países del Este Europeo, las perspectivas de la Comunidad Económica Europea y la situación de los cambios como consecuencia de la implantación de procesos reformadores en el período de los 80, y en un momento en que se aplicaban las políticas neoliberales de ajuste estructural en los países estudiados. Dicha declaración fue elaborada en un Seminario Internacional celebrado en Pájara, Fuerteventura, en febrero de 1991, organizado por la Asociación Canaria de Medicina Social en colaboración con entidades e instituciones a nivel nacional e internacional.

como era el de Chile, a partir del golpe de estado de septiembre de 1973, se desmantelaban y se instalaban las políticas neoliberales de ajuste estructural que también ganaban fuerza en Europa percibiéndose un retroceso en las políticas públicas de protección social. (70), (71), (72)

La aprobación de la Ley se produce casi al final del mandato del primer gobierno del Partido Socialista Obrero Español y después de un largo debate que puso de manifiesto la falta de consenso en la redacción de dicha norma. Ya desde los inicios de la Reforma Sanitaria y con desarrollo del nuevo modelo de la Atención Primaria, el propio Subdirector General, José M. Carro en 1988 manifestaba los problemas y contradicciones en su implementación: *“El Decreto de Estructura Básica de Salud no surge fruto de un proceso generalmente compartido, ni siquiera dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino que se logra colar – y empleo esta expresión-, se “logra colar” en un momento determinado porque se permite en la coyuntura de aquel momento (coyunturas personales) el colar este decreto. Y a mí me parece que esto es una clave importante para explicarnos el porqué de las dificultades que la puesta en marcha del proceso de Reforma de la Atención Primaria está teniendo. Es decir, el hecho de que haya tenido que meterse un poco sin que se dieran cuenta, y por consiguiente sin que haya estado dotado de los recursos financieros, personales, etc., necesarios.”* (73)

En este sentido añade: *“A mí me parece que no obstante ese nacimiento, no ya prematuro sino, realmente distócico del decreto de Estructura Básica de Salud, a pesar de ello ha supuesto un revulsivo en la mayor parte de las Comunidades Autónomas, porque como consecuencia de él y de la exigencia que tenía de que se delimitaran las distintas zonas de salud, las distintas Comunidades Autónomas comenzaron a establecer los preceptivos mapas sanitarios autonómicos.”* Asimismo, José Carro ya percibía las incoherencias del proceso reformador, entre la norma y el modo de implementación, en otros temas como fue el proceso de transferencias en Salud Pública que servía para consagrar un modelo dual ya preexistente, donde la asistencia sanitaria iba por un lado con el INSALUD y la Salud Pública por otro. El primero dependiente del Instituto Nacional de Previsión y la segunda de las Jefaturas Provinciales de Sanidad en la periferia y, a nivel central, bajo la estructura orgánica de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. En la actualidad, en Canarias, como ejemplo después de más de 20 años de las transferencias, el subsistema de servicios asistenciales (gestionado desde las Gerencias de Atención Primaria, de Servicios Sanitarios o de Atención Especializada) y el de la Salud Pública, aunque permanecen en el ámbito competencial de las Consejerías de Sanidad a nivel autonómico y de las Direcciones de las Áreas de Salud en cada isla, siguen viviendo prácticamente de espaldas con culturas y regímenes de personal, de presupuestación y gestión bien diferenciados.

Son muy significativas estas revelaciones realizadas por este testigo y actor clave en la Reforma Sanitaria, situado en el espacio de la toma de decisiones del Ministerio de Sanidad. Da cuenta de la complejidad del proceso transformación y democratización de las estructuras del Estado y también de la importancia de identificar en los procesos de planificación y de cambio, los espacios de oportunidad que constituyen la otra cara de la moneda del problema de la Reforma, y que podríamos considerar como los “espacios de ambigüedad” (74) que se dan dentro de la estructura de poder en la Administración o sea, del aparato burocrático-institucional del Estado. En este sentido *“.. el que las cosas se hagan bien o mal, depende de*

que el responsable sanitario de turno sea una persona motivada, competente y con voluntad político o no lo sea; en función de que el consejero o consejera de turno sea una de esas personas, el proyecto de reforma sanitaria durante el periodo en que él esté al frente prospera, pero en el momento en que se asiste al cambio de ese responsable sanitario, y es un proceso al que estamos habitualmente acostumbrados, se da vuelta atrás y se vuelve a la situación de partida". Esta afirmación que la hacía Carro en el año 1988, la podemos hacer nuestra y trasladarla a Canarias, donde la estructural inestabilidad institucional y política, junto a la partidización de la acción institucional, constituye uno de los principales frenos al desarrollo y modernización de los servicios públicos.

3.2.5.- El Informe Abril Martorell

En el año 1991, apenas 4 años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, se publica el llamado Informe Abril que, con 64 recomendaciones, abre un importante y polémico debate sobre la reforma sanitaria y la sostenibilidad del sistema sanitario público. Durante se producía la ofensiva neoliberal global sobre la salud entendida como derecho social básico que estaba haciendo retroceder logros en la protección social y en los sistemas sanitarios públicos. Otras naciones europeas con anterioridad como Países Bajos, Reino Unido, Suecia, etc., y de otros continentes ya habían realizado reformas en ese sentido. (75), (76), (77), (78), (79), (80).

En España, los retos a los que se estaba enfrentando el SNS en esos momentos tenían que ver con la desmotivación del personal; la lentitud con la que se producía la transformación del modelo tradicional al nuevo modelo de la Atención Primaria, que exigía formas más eficaces de reorganización y al desarrollo del componente familiar y comunitario de su estrategia y filosofía, a la que a su vez le correspondía ser la "puerta de entrada" al sistema; el porcentaje del gasto sanitario se incrementa en la Asistencia Especializada, al mismo tiempo que desciende el de la Atención Primaria; la rigidez del Sistema que impedía decidir a los equipos directivos o que el SNC se orientaba al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública, antes que el conseguir altos resultado por el óptimo empleo de los recursos, eran algunos de los problemas que había que corregir. La Comisión quiso resaltar que *las mejoras que se proponen y las que se pudieran producir en el futuro, nunca deben afectar al núcleo básico de equidad y solidaridad que constituye la médula del Sistema* (81).

Desgraciadamente, e inmerecidamente, el Informe Abril se había presentado como sinónimo de reforma, y de ahí que el rechazo al informe se interpretara, erróneamente como rechazo a la reforma e invitación al inmovilismo. Esto contribuyó a paralizar una necesaria reforma. Uno de los problemas graves de aquel informe fue la ausencia de una filosofía de cambio que articulara y cohesionara la gran lista de recomendaciones que hacía. Muchas de ellas eran compartidas por las posiciones más privatistas del sector y un amplio espectro de agentes vinculados con la que se podría denominar gestión sanitaria gerencialista, (82), (83) por polémicas y claramente rechazables: sesgo hacia la gestión privada del aseguramiento (un cambio de modelo sanitario); contribución del usuario; participación de los pensionistas en el coste de las recetas; limitar las prestaciones públicas a las existentes cuando se aprobó la Ley de Sanidad (1986); o que el desarrollo tecnológico sanitario fuera gestionado por el sector privado (84). Pero junto a recomendaciones regresivas (alguna más liberales que las apoyadas por el gobierno de M. Thatcher), altamente impopulares, había otras que las contradecía y

que hubieran podido ser base de un proyecto de reforma. Pero las primeras apagaron a las segundas. (85)

Se configuró así, un Sistema Nacional de Salud, que todavía no llegó a ser “servicio nacional de salud” hasta la Ley de Salud Pública del 2012, al final del último mandato del PSOE en el gobierno de España en la que se termina de incluir colectivos que hasta entonces no tenían reconocido el derecho a la asistencia sanitaria pública al no haber estado vinculados al régimen de la seguridad social. Aun así, ha persistido una escasa capacidad de cohesión del sistema por parte de la Administración Central a través de un Consejo Interterritorial, poco efectivo. Elola denomina a la etapa 2001-2009 en el que finaliza el proceso de transferencias a las CC AA, de “centrifugación”, en vez de “descentralización” que se acompaña, además, de un importante crecimiento del gasto y descontrol presupuestario (86). Otros países con modelo tipo servicio nacional de salud, con descentralización en entes territoriales con capacidad política, como Brasil, Reino Unido o Suecia cuentan con estructuras que tienen un papel relevante en la cohesión del sistema sanitario. En el caso de Suecia, el Consejo de Salud y Bienestar Social y la *Swedish Association of Local Authorities and Regions* (SALAR). Se descentraliza la gestión de los servicios sanitarios hacia las Comunidades Autónomas desde la Administración del Estado y también en detrimento de las corporaciones locales que pierden competencias en el ámbito de la autoridad sanitaria o de la Salud Pública por ejemplo.

Este proceso de descentralización y la relativamente pobre participación de las corporaciones locales y de la ciudadanía en la toma de decisiones en la planificación, gestión y control en la sanidad, se alejaron de las propuestas de actores sociales tan importantes como la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) (87) y en particular de Ayuntamientos catalanes gobernados por el PSC-PSOE,(88) o de las organizaciones de usuarios de los servicios sanitarios:(89)...*los médicos disponen de la mayoría de las fuentes de poder, seguidos por los políticos, administradores y suministradores. Los agentes que disponen de menor número de fuentes de poder son los ciudadanos y los pacientes*” (90) (91).

La confrontación de actores y fuerzas quedó reflejada tanto por las ambigüedades de Ley General de Sanidad, como por las incoherencias, contradicciones y retrasos en los procesos de su implementación.

3.2.6.- La Sanidad en Canarias autogestionada

En Canarias, una vez aprobado el Estatuto de Autonomía de Canarias por Ley Orgánica 10/1982 se instituye la Autonomía de la región y una vez asumidas las transferencias de la Salud Pública en 1984 y del INSALUD en 1993, el Parlamento de Canarias aprobó por consenso, en julio de 1994 el primer instrumento que permitiría acercar la sanidad a cada una de las islas: la Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias. Con ella, el autogobierno en el ámbito sanitario contempla la creación del Servicio Canario de Salud como organismo autónomo gestor para la prestación sanitaria. Esta importante ley se basa en la consideración de la sanidad como un servicio público financiado públicamente que nace bajo la decisión de ordenar los recursos asistenciales, optimizar los recursos económicos bajo los principios de eficacia y eficiencia en la organización, gestión y prestación sanitaria; reducir las desigualdades tanto territoriales como económicas en el acceso a la asistencia sanitaria y garantizar la cobertura universal de todas prestaciones sanitarias.

Con la transferencia de las competencias y recursos del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma Canaria en 1994, se culmina el proceso de descentralización autonómica de la Sanidad. Estas transferencias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) han sido de las más complejas y difíciles realizadas debido a diversos factores como: su magnitud presupuestaria, el déficit histórico que se arrastraba, por las dificultades en la negociación de los costes, la conflictividad de sus instituciones y del sector así como por la propia ambivalencia que desde el Estado se planteaba ante la reorientación de la reforma sanitaria. Habría que destacar que Canarias se logró una aceptable transferencia en esta materia. La obtención de un coeficiente de participación lo más elevado posible en la distribución de los recursos (un nivel de participación del 3.94% en vez del 3.86% que en teoría le correspondía) junto unos 55 mil millones de pesetas¹ entre 1994 y 1999 para poner al día la red de hospitales y centros de salud del archipiélago.

3.2.7.- La contrarreforma

“El sistema sanitario español vive, desde hace años, un proceso complejo, caracterizado por una profunda crisis de legitimación ante la población y un marcado descontento de los profesionales que en ella trabajan, el malestar profesional afecta tanto a los proveedores directos de servicios (principalmente a los médicos) como a los administradores. Las causas de esta crisis son múltiples, sino también múltiples las propuestas de reforma del sistema, basadas cada una de ellas en diagnósticos y perspectivas diversas, a veces contrapuestas”. Estos comentarios de Javier Elola (92) sobre la situación de la asistencia sanitaria en España en el año 1991, pueden ser aplicados a lo que en estos momentos del año 2015, está sucediendo en el Sistema Nacional de Salud, y particularmente en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Es manifiesto el largo pero sostenido proceso de reorientación en todos los países con modelos tipo Servicio Nacional de Salud dentro de la estrategia neoliberal de reducir o "desestatizar" los servicios públicos como Reino Unido, Suecia, Italia etc. Se privatizan amplios sectores de la gestión de los servicios, ampliando el espacio para las multinacionales de las compañías de seguros y propiciándose la deslegitimación y desacreditación de los Servicios Sanitarios Públicos, demorando la introducción de los cambios necesarios en estos.

En el contexto de una economía rescatada por la crisis de la deuda, el Gobierno del Estado, aprueba a pocos meses del inicio de la legislatura el Real Decreto Ley *16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, e inician una verdadera contrarreforma sanitaria. Esta medida impuesta por el gobierno del Partido Popular es el acontecimiento Político-Jurídico que abre las puertas legales, jurídicas y administrativas para el desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud, como se conocía hasta ahora. Modifica el modelo sanitario, tipo sistema nacional de salud, de cobertura universal y financiada por impuestos para convertirlo por decreto y por tanto sin la sanción del Parlamento, ni el programa electoral que le legitimara, en un sistema de seguridad social. Este es el cambio principal ya que vincula el derecho a la atención sanitaria al aseguramiento, en contradicción con lo aprobado en la Ley General de Salud Pública de finales de la legislatura del gobierno del PSOE (2011), y abre una cierta indeterminación sobre la presencia de un aseguramiento distinto al régimen general de

la Seguridad Social, lo que supondría no solo un grave retroceso en el modelo sanitario actual (vuelve a la etapa anterior a la Ley General de Sanidad de 1986) sino la posibilidad de que se abran modelos de seguros diferenciados para grupos distintos de población (en relación a su nivel económico) lo que deterioraría inevitablemente el sistema sanitario público.(93)

También se señala el control del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre el reconocimiento de las condiciones para el aseguramiento desapareciendo en principio del reconocimiento de la atención sanitaria como derecho social básico.

Esta medida abre las puertas a la superada “beneficencia” pre-constitucional, que era la atención sanitaria y social a grupos socialmente muy desfavorecidos socialmente como la población inmigrante o desempleada sin vínculo con la seguridad social; establece la fragmentación de la población por nivel de renta al introducir el copago, abriendo el camino para al negocio de las fuerzas más privatistas del sector: multinacionales de seguros médicos, que en los últimos años ha multiplicado su cartera de afiliados al amparo del deterioro de la prestación sanitaria debido fundamentalmente al empeoramiento de la accesibilidad por las listas de espera. Este Real Decreto, además modifica la cartera de servicios en tres categorías viabilizando así la fragmentación de la población por nivel de acceso a servicios por renta al introducir el copago: cartera complementaria de servicios de las Comunidades Autónomas y la cartera común de servicios. En esta se establecen tres niveles de servicios: la cartera Básica que es la cartera mínima que será cubierta por el SNS; la suplementaria: De tipo ambulatorio y sujetas a aportación del usuario y la de servicios accesorios: las que están sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario en función de su renta.

El impacto de estas medidas sobre la ciudadanía es difícil de evaluar todavía pero inevitablemente se concretará en un empeoramiento de la salud, aumento de la morbilidad y de la mortalidad. En contraste con la virulencia de estas medidas dirigidas a las personas más enfermas y con menos recursos, las actuaciones sobre la industria farmacéutica son testimoniales y de escaso impacto económico.

El escenario que se vislumbra en el horizonte político social y económico de Canarias nos permiten predecir un futuro que puede no ser fácil para el mantenimiento y mejora de los niveles de prestaciones y de calidad de los servicios y de la salud de nuestra población: Crisis de legitimación de los servicios públicos (“lo público es ineficiente”); discurso de “modernización y la competitividad” con claro predominio de los temas económicos y tecnológicos donde la propaganda ideológica de que todo lo que es público o estatal es ineficiente que conduce a una visión profundamente antidemocrática y reduce las posibilidades de acceso a los bienes y servicios a las capas más desfavorecidas de nuestra sociedad; la tendencia a la restricción del gasto y déficit público y a la reducción de impuestos, en el proceso de convergencia europeo, basado en criterios esencialmente económicos, pueden poner en peligro para las políticas sociales y de salud que son financiadas con los presupuestos generales del Estado; el impacto sobre el deterioro de las condiciones laborales y de vida en la población cada vez más empobrecida. Son manifestaciones de la hegemonía del capitalismo más liberal a nivel global que está produciendo un incremento de las desigualdades entre países ricos y pobres y dentro de los propios países desarrollados. Todo

esto nos conduce a la conclusión de que la educación, la sanidad, las pensiones, las políticas sociales de integración, el papel del estado en la regulación del mercado laboral, en el control del medio ambiente, la ordenación del territorio en definitiva... el bienestar de la mayoría social, todo esto ... está en juego.

Se puede afirmar, por todo esto, que la salud y la situación de la Reforma Sanitaria en España y particularmente en Canarias es, en su conjunto, la resultante de esas correlaciones de poder existentes desde el punto de vista técnico, administrativo, político e ideológico en el sector Salud. Visto así, sería el resultado de una acumulación de acciones, de omisiones, de actividad legislativa y normativa y de sus cumplimientos o incumplimientos durante casi 40 años en que podríamos establecer el inicio de la Reforma Sanitaria en Canarias a mitad de los años 70.

En la raíz del empeoramiento de la calidad de vida y la salud de la población y de los sistemas de protección social, está en el actual proyecto social y económico de España y de la Comisión Europea junto a el FMI y el Banco Central Europeo está en la priorización de las medidas de ajuste económico en detrimento de las políticas sociales. España se somete a un riguroso conjunto de medidas del programa de ajuste fiscal, entre las que se destaca : a) la reducción del gasto públicos en perjuicio de las demandas sociales, buscando cumplir las orientaciones de la troika; b) la reducción del Estado, privatizando empresas y servicios públicos; c) disminución de la protección social a través de la precarización del trabajo.

El ajuste fiscal impacta doblemente en el sector de la salud, ya sea por la falta de disponibilidad de recursos financieros y materiales, ya sea por el aumento de la demanda de la población, presentando entre otras, las siguientes repercusiones: c) la falta de acceso a los servicios de asistencia sanitaria por la presión de la demanda, y el aumento de las listas de espera, fundamentalmente de la atención especializada, lo que favorece el desarrollo del sector privado de prestación de servicios y de las compañías aseguradoras por crecimiento de las pólizas de seguros privados⁵ favorecido por la insuficiente regulación gubernamental que permite, entre otras cosas, la compatibilidad en el ejercicio profesional privado de los médicos; favorecer una mayor dependencia de la provisión privada de servicios al no actuar con fuerza y voluntad política en medidas para adecuar la normativa laboral, la motivación del personal y la mejora de la productividad y aprovechamiento de la capacidad instalada (más actividad asistencial de tardes en hospitales y centros de salud); el aumento de la capacidad de monitorización y de mecanismos de rendición de cuentas y control social del sistema sanitario público (Consejos de Salud y de Dirección de las Áreas) etc., exención de impuestos para las compañías privadas de seguros;⁶ es importante destacar que, a pesar de las restricciones, la lucha por la defensa de la salud y de la sanidad pública ha crecido en los últimos 5 años, a partir de las políticas privatizadoras de los gobiernos precedentes con victorias conseguidas, gracias a la decisiva movilización de miles de ciudadanos usuarios, los trabajadores en las

⁵ Los seguros de automóviles siguen vendiendo más pólizas, pero no hay un segmento que crezca al ritmo del sanitario. Se trata de la línea de negocio con mejor evolución para las aseguradoras. Las pólizas sanitarias aportaron 1.971 millones de euros en primas hasta marzo, un 3,5% más que en el mismo periodo del año anterior. “El de salud es el único negocio, exceptuando los seguros de vida, que ha seguido creciendo durante los años de crisis económica”, apuntan portavoces de Unespa, la patronal del sector. http://cincodias.com/cincodias/2015/06/17/empresas/1434566909_486438.html

⁶ Exenciones fiscales con los seguros de salud. <http://seguros.segurosmedicos.com/?p=555>

mareas blancas, entre otras iniciativa y con gestores y gobiernos de Comunidades Autónomas como Andalucía, País Vasco, comprometidos con un proyecto popular, político y democrático en defensa de la vida.

3.3.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO FILOSOFÍA, COMO ESTRATEGIA Y COMO NIVEL DE ATENCIÓN

3.3.1.- Los orígenes. La estructura básica de salud

La Atención Primaria de Salud (APS) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su trigésima Asamblea Anual del años 1978, como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (94). Sin embargo su origen se remonta al año 1920 en el Lord Dawson of Penn, ocho años después de la implantación de la seguridad social nacional en el Reino Unido en que planteaba la organización del sistema británico de salud en un libro blanco (95).

No obstante, muchos de los principios de la Atención Primaria de Salud fueron tomados de la antigua Unión Soviética, en donde se originaron los primeros centros integrales de salud, además del Reino Unido, y con sus singularidades de otros Estados como China, Chile, Cuba, países escandinavos; diferentes experiencias a partir de pequeños y poco conocidos programas no gubernamentales de Salud Basados en la Comunidad de Filipinas, partes de la India, Brasil y otros de América Latina promovidos muchos de ellos por la Fundación Rockefeller .(96), (97)

Como fue referido en el epígrafe 3.2.3.2., la primera experiencia de atención integral de salud en España se inició con el Centro de Salud de Tirajana en Gran Canaria⁷ (98), declarado como centro piloto de salud por el Ministerio de Sanidad y que tomó como referencia la desarrollada por la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública (SESP) de Brasil. (99) En la misma época surgen también otras iniciativas en el modelo tradicional conceptual y de organización de la atención ambulatoria de medicina general que dependían del Instituto Nacional de Previsión (posteriormente INSALUD) por un lado y la Atención Pública Domiciliaria (APD), en lo referente a la prestación asistencial a la beneficencia y a la salud pública con las actividades de promoción y protección de la salud. Estas experiencias de avances limitados contribuyen al desarrollo de un movimiento por el cambio que se materializa cuando el Partido Socialista Obrero Español asume el gobierno de España en 1982 y aplica su programa electoral,⁸ siguiendo las directrices de su XXIX congreso, cuya propuesta tenía como referencia, entre

⁷ El Centro de Salud de Tirajana (1976-1980): *“Nosotros concebimos el Centro de Salud más que como un edificio que albergue determinados servicios, como una institución dinámica, responsable de todas las actividades de Salud Pública, incluyendo las asistenciales, que puedan ser descentralizadas y que son necesarias para la mayoría de la población de una determinada área. Esta puede ser formada por varios municipios, por uno o por parte de él, En el área programática de un Centro de Salud pueden incluirse varios subcentros dependiendo de la características de la población y de las distancias”*

⁸ *“Se buscará la optimización de la gestión de los recursos sanitarios hospitalarios y se prestará particular atención al trabajo en equipo y al centro de salud integral o integrado”*

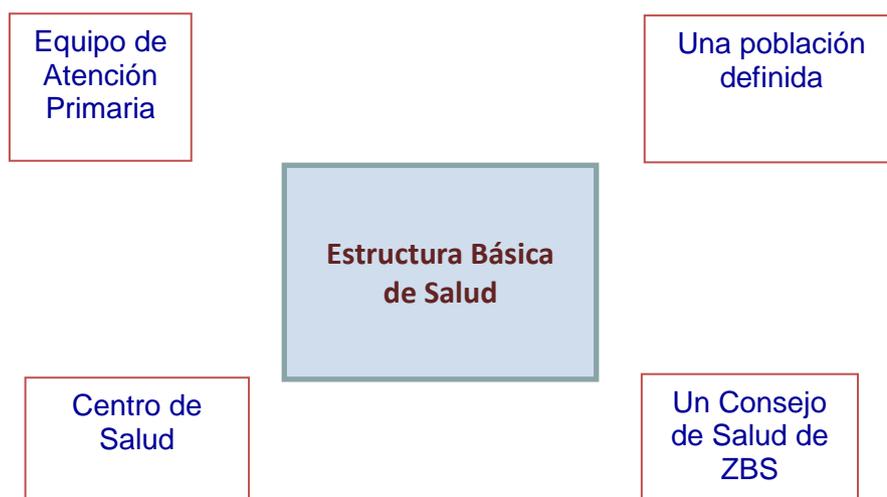
otras, las reformas de las socialdemocracias de los países escandinavos y de Reino Unido (100) (101) (102).

Pero la institucionalización de la reforma de la atención primaria, tal y como se hace referencia en el epígrafe anterior, llega con el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, que luego se ratifica en la Ley 14 /1986 de 25 de abril General de Sanidad. En dicha norma se definieron las bases conceptuales y organizativas para el desarrollo del nuevo modelo de – atención primaria de salud. Esta estructura – la *estructura básica de salud* - constituye una de las tecnologías más valiosas de nuestra reforma sanitaria. Es definida por cuatro elementos que la conforman: una Zona Básica de Salud con una población y territorio definidos; el equipo de Atención Primaria multiprofesional; un edificio en el que se desarrolla su actividad, el Centro de Salud con sus Consultorios Periféricos y el Consejo de Salud de Zona Básica como órgano de participación comunitaria (Figura1). Esta forma de organizar la Atención Primaria de Salud, de forma territorializada, donde el personal sanitario es asalariado público y trabaja en centros en que la titularidad es también pública, no se da en todos los países de Europa con modelo tipo Sistema Nacional de Salud. Aunque con algunas variantes sí se da, además de en España, en Portugal, Finlandia, Suecia o en Italia, aunque en este país, los médicos son profesionales autónomos (103).

3.3.2.- Las resistencias en la implementación.

A pesar de que los responsables políticos nacionales de toda Europa están en principio de acuerdo, en que la atención primaria debe ser la pieza clave de un sistema de salud bien diseñado, sin embargo, estos principios fallan al no conseguir llevarlos a la práctica a través de los mecanismos y de la organización más adecuada para el logro de ese objetivo común.(104), (105)

Figura 3.1. El marco de la territorialización de la Atención Primaria de Salud en España. La Estructura Básica de Salud (R.D. 137/1984).



La íntima conexión de muchas de estas iniciativas con movimientos políticos reformistas en el mundo explica en parte por qué los conceptos subyacentes en la APS, a pesar de mostrarse como la forma más coste-efectiva de organizar y gestionar la atención a la salud, han recibido

tanto críticas como elogios por su carácter innovador o revolucionario, como se le ha atribuido. La APS, por sí misma, podía servir como un medio para la acción organizada y para despertar la conciencia social lo que generaba a menudo el rechazo de las autoridades locales por considerarla una fuente de problemas: *“Lo que ha estado emergiendo es un modelo de Atención Primaria basado en los principios del mercado en el cual las prioridades estarán establecidas progresivamente por criterios de rentabilidad y no por la provisión conforme a una atención comprehensiva a todos los que la necesiten”* (106). Desde la visión de una mayor justicia social global y de solidaridad, a la que aspiraba la comunidad en la década de 1970, el mundo ha cambiado considerablemente y aquella ideología sanitaria, social y solidaria promotora de movimientos sociales y de cambio, fue declinando en las últimas décadas debidos al efecto de la globalización neoliberal con los tratados de libre comercio del ajuste estructural y el positivismo en la producción científica (107). Mario Testa reflexionaba en Las Palmas de Gran Canaria en el año 2002, sobre la pauta de desconexión de los individuos con los otros en este mundo globalizado.

Lo público, que era hasta hace algún tiempo, un lugar de encuentro y diálogo y un espacio de construcción de la historia, se ha transformado en un lugar de no encuentro, un lugar sin identidad. Un espacio donde todo lo que sea social o natural está desapareciendo para ser reemplazado por lo construido o artificial, donde la relación no es entre personas sino entre, por ejemplo, consumidores y proveedores. Estamos asistiendo al deterioro de algunos espacios públicos importantes que fueron constitutivos de la vida social de nuestros países, en especial lo que se corresponde con la privatización de los servicios de salud o la educación (108).

El potencial transformador de la Declaración de Alma Ata, en particular el de la enorme capacidad de cambio que supone la participación comunitaria y de los profesionales en la gestión y su componente estratégico y filosófico orientador de las reformas sanitarias, se quedó en gran parte en la mesa de los despachos por lo que podía suponer de amenaza no sólo para las elites y los gobiernos, sino también para la visión e intereses corporativistas y privatizadores de buena parte del sector sanitario, de la reducción de la financiación de la protección social propias de las políticas neoliberales del ajuste estructural que se instalaban con fuerza en la década 80 y 90 en América Latina y África, y en estos momentos en Europa (109) (110).

3.3.3.- La recuperación del discurso social de la Atención Primaria

En coherencia con este escenario, la progresión de la Atención Primaria de Salud, como filosofía y como estrategia, ha sido desapareja y tanto su financiación como los logros obtenidos en muchos países, como España, han retrocedido y siguen en peligro como los propios sistemas públicos de salud y las condiciones de salud de un número cada vez mayor de personas que en su mayoría viven en el mundo en desarrollo (111).

Como resultado de este cambio de las últimas cuatro décadas, persisten, en esos países y también particularmente en Canarias y países del sur de Europa, grandes inequidades, debilidades e inconsistencias, en algunos de los enfoques de la APS, que merecen ser reinterpretadas en base a las enseñanzas durante ese periodo y que comenzaron a ser cuestionadas en los primeros años de este siglo XXI (112).

La OPS – OMS en el 25 de septiembre del año 2003, aprueba la Resolución CD44. R6 “Atención Primaria de Salud en las Américas: Lecciones aprendidas durante 25 años y desafíos futuros” y entre las recomendaciones dirigidas a los Estados y al propio Director de la OPS, se insta a organizar una consulta regional para definir la futura orientación estratégica y programática en Atención Primaria de Salud. Después de cinco años, tras un largo, amplio y extendido debate regional y mundial, se culmina con la aprobación del Informe Mundial de la Salud 2008 que rehabilita, en un nuevo contexto, a la APS como nivel de atención, como filosofía y como estrategia.

A nivel internacional y durante cinco años en el periodo 2003-2008, se desarrolló un proceso de debate y abogacía en Salud global por la necesidad de impulsar una nueva agenda para el siglo XXI como se hizo por el movimiento sanitario de finales del siglo XIX y principios del XX junto al del desarrollo sostenible tras la Conferencia de Rio de Janeiro de 1992 (113) (114) (115). Mientras tanto, el análisis de los determinantes sociales de la salud y su influencia en el desarrollo humano, así como las necesarias transformaciones de los sistemas de salud, han llevado al consenso respecto a que la APS sigue siendo la principal y más efectiva estrategia para promover la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona.(116) Esa experiencia histórica que tiene como uno de sus resultados la colocación en la agenda de la salud global el Informe sobre la Salud Mundial de 2008, “La Atención Primaria de Salud *más necesaria que nunca*”, permite afirmar que las medidas de salud y las metas para una renovada visión y desarrollo de los sistemas sanitarios y la salud global pueden proporcionar valores fundamentales para el la justicia social, que la economía no puede (117) (118).

Además, y de forma casi simultánea, en el año 2009 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, presenta su informe final “Subsanar las desigualdades en una generación”, así como la Declaración Política de Rio sobre los determinantes sociales de la salud de 2011, establecen la determinación de que las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (119) (120). Por otro en Octubre de 2008, una red global de organizaciones de la sociedad civil, liderada por la organización People Health Movement (PHM) y grupos de salud comunitaria e intelectuales publican un informe mundial alternativo haciendo un llamamiento hacia el paradigma de desarrollo centrado en la erradicación de la pobreza y con énfasis de a defensa de la salud como un derecho social básico (Global Health Watch) (121).

Estos tres informes publicados casi simultáneamente y coincidiendo con una época en que ya se podía evaluar el durísimo impacto de las políticas de ajuste estructural sobre una gran parte de la población del planeta, muestran una asertividad renovada de la comunidad sanitaria en el escenario global de la salud, que refuerza la importancia de la rehabilitación de la Atención Primaria de Salud, indicando que sigue siendo relevante como el camino a seguir en los movimientos por las reformas sanitarias (122). Por tanto se reconoce que: los valores de la Declaración de Alma Ata, que casi 40 años atrás sirvieron como fundamentos para la meta de Salud para Todos y la propia estrategia de Atención Primaria de Salud, son todavía válidos; que muchos de los problemas que llevaron a su desarrollo están todavía presentes y que “los países todavía consideran la APS como una piedra angular en políticas de salud”. Existe un consenso internacional de que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud conformados por un conjunto de elementos estructurales y funcionales

esenciales que garanticen la cobertura y el acceso universal a los servicios (123). Además se ha podido evidenciar que un sistema de salud fundamentado en una sólida Atención Primaria puede contribuir a mejorar la equidad en salud (124). Estos sistemas deben prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, poniendo énfasis en la prevención y promoción y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Como también plantea Hanno Vuori (125), la APS debe ser entendida no solo como el primer nivel de atención del sistema sanitario y conjunto de actividades, sino como filosofía y una estrategia estructurante en la conformación de los sistemas locales de salud, y en el caso del Sistema Nacional de Salud español, como estrategia orientadora de la integración vertical de los servicios de Atención Primaria, Hospitalaria, Salud Pública, Atención Socio-Sanitaria y Salud Mental en el Área de Salud (126) (127).

3.3.4.-La Atención Primaria como nivel de atención y estrategia crítica para la reorientación de la Reforma Sanitaria y del modelo asistencial

Por el lado de la oportunidad, la actual crisis económica está aumentando la importancia de la Atención Primaria de Salud por su contribución en la creación de un nuevo movimiento de salud como derecho social básico en un momento tan crítico como el de la crisis que afecta en estos momentos al mundo en desarrollo y al desarrollado de Europa. Pero se necesita voluntad política en los gobiernos para crear un cambio real (128).

En España en cuanto a la Atención Primaria como innovación, "no es oro todo lo que reluce" como: favorecer traslados, reducir el personal de enfermería en la paridad que se intentaba conservar con el personal facultativo, a pesar de disponer de un ratio muy inferior al necesario para el abordaje del cambio demográfico y de las cronicidades; los cambios de cupo y dispersión de miembros de la familia entre todos los médicos del equipo por equiparar cargas de trabajo al haberse reducido o impedido las sustituciones del personal por falta de presupuesto, que atenta contra la longitudinalidad o continuidad de la atención.(129) No obstante también se dispone de innovaciones que funcionan y no se aplican como la empatía, que forma parte de la calidad humana de la atención; la desprescripción como factor importante de la desinversión en el sector, con la certeza de no hacer daño; (130), (131) o la fascinación por la innovación tecnológica que conduce a la generalización en su utilización y al incremento del gasto obviando alternativas hasta entonces efectivas como pensar, esperar y observar según el juicio clínico.(132) *Lo que podemos dejar de hacer para poder hacer*, como consigna para la desinversión con el fin de tomar conciencia y reducir las bolsas de ineficiencia, planteadas en las Conferencias Insulares de Salud de Canarias. (133) La función de filtro del médico de atención primaria y en Canarias reforzada con las Unidades de Atención Familiar y de Atención Pediátrica (Mini-equipos dentro del EAP formados por el/la enfermero/a y médico o pediatra respectivamente), funcionando con el cupo de pacientes y que constituye una innovación ampliamente reconocida aunque sin la necesaria evaluación para demostrar su evidencia. Sin embargo la principal y fundamental innovación es el propio modelo de Atención Primaria con su Estructura Básica de Salud, cuyo desarrollo necesita recuperar el horizonte perdido o muy poco desarrollado de su componente comunitario junto al trabajo en equipo, así como su enorme capacidad para ocupar el espacio de protagonizar la integración del sistema sanitario actual para su adecuación al abordaje de las cronicidades.

Son estas, facetas a preservar “como oro en paño” frente a la normativa sobre el área única implantadas en CCAA como la de Madrid,(134) propuesta en el proyecto de Ley de Salud Pública(135)del Partido Popular en Canarias cuando gobernaba junto a Coalición Canaria en la legislatura 2007-2011, que también propuso en su programa electoral de las elecciones del 25 de mayo de 2015.

En este informe de la OMS, las posibilidades de acción para el fortalecimiento y el desarrollo de la APS las concreta en cuatro conjuntos de reformas:

- *Reformas a favor de la cobertura universal que garantice que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y a la protección social en salud;*
- *Reformas de la prestación de servicios que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo, y que propicien al mismo tiempo mejores resultados;*
- *Reformas de las políticas públicas a través de la integración de las intervenciones de salud pública, la atención primaria y la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y a nivel transnacional;*
- *Reformas del liderazgo que promuevan un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud con el fin de superar la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado.*

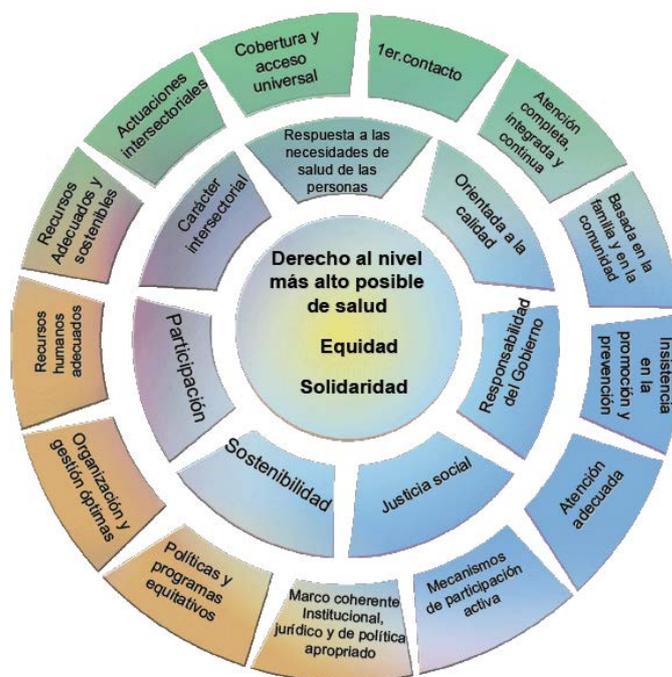
Traducidas estas aportaciones al medio más operacional, de la Atención Primaria en el SNS y en Canarias hacemos nuestro el título y las consideraciones efectuadas por Juan Gervás y Josep Casajuana, en el artículo sobre la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta en la que abogan como consigna;*como el ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”(136).Ciencia, conciencia y coraje* como los tres puntos de apoyo básicos para la práctica profesional y mejorar las condiciones de trabajo que tienen mucho que ver con la gestión participativa y que proponen para afrontar los tres lastres que atribuyen a la AP, y que se suelen dar de forma habitual en los países con sistemas sanitario de financiación y provisión pública como Portugal o Brasil; desprofesionalización, complejo de inferioridad y bajo liderazgo de los equipos. No echemos la culpa de los males a los políticos o a los gestores... centrifugando responsabilidades... Al final... añaden... *somos nosotros, los profesionales, los que debemos y podemos transformar la situación... ¿Cómo cambiar desde abajo? Se preguntan. Reunir ánimo y confianza en las propias fuerzas.* Y aquí surge la categoría *poder*, como cuestión central para el cambio. Llegado a este punto podemos afirmar que no basta con saber, o con tener razón, para hacer los cambios... lo que se *debe hacer* se sabe.... Ese necesario *poder*; para ganar fuerza y cambiar (137) (138).

Esta reflexión conduce a la necesidad de plantearse el “*comohacer*” para contribuir a crear las condiciones que permitan viabilizar la necesaria transformación de los profesionales desde la condición o posición de sujetos pasivos a militantes de la organización. La aportación de los

autores citados plantea la oportunidad de proponer una reflexión sobre esta cuestión clave de la necesidad de cambiar. Para la implicación en la transformación social, profesional y personal, como sujetos o actores sociales. Es un análisis que Mario Testa realiza en su ponencia “El sujeto en la era de la globalización”. Se trata de la evolución desde *sujetos potenciales* como individuos de una población inconexa, a *sujetos constituidos*, implicados como agrupación (contrario a masa) formando parte de una *organización* (diferente a institución burocrática) como participante, militante o luchador (diferente a receptor, consumidor, votante) que toma parte activa como actor social (diferente a habitante, población) del proceso de decisión en el nivel político y/o institucional y estatal (139). En este razonamiento, destaca la importancia de la vida cotidiana - “lo que ocurre todos los días”- como espacio de construcción de identidad entendida como algo que excede el nivel restringido de la subjetividad y que se encuentra entrelazado con lo social. Y aquí se tropieza con algo que es considerada como una dificultad fundamental en el comprometimiento como personas activas en la transformación de nuestra realidad profesional, lo que nos impide la continuidad entre sentimiento, pensamiento, discurso y acción... *el miedo*: “Si digo lo que pienso, o hago lo que digo, pierdo poder”.

Los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basados en APS pueden observarse en la figura 1.

Figura 3.1. Valores, principios y elementos propuestos de un sistema de salud basado en la APS. OPS-OMS



Fuente: Organización Panamericana de Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de Salud/OMS, agosto, 2005.

3.4.- LOS CONSEJOS DE SALUD COMO TECNOLOGÍA INNOVADORA PARA UNA NUEVARACIONALIDAD DE LA GESTION PÚBLICA EN SALUD⁹

3.4.1.- Participación y democracia

En general, la participación se plantea como un medio para mejorar (ampliar o transformar) el funcionamiento del sistema social en su conjunto. En términos más específicos, la participación se define como el proceso a través del cual la población interviene el proceso de toma de decisión y ejecución de planes, en beneficio de los diferentes niveles de la vida pública. De modo que la solución de los problemas sociales no corresponde únicamente al Estado, sino al conjunto de fuerzas de la sociedad, donde la concertación sirve para diagnosticar e identificar los recursos posibles, sobre la base del conflicto provocado por los intereses contrarios (140).

“Participación es uno de los cinco principios de la democracia. Sin ella no es posible transformar en realidad ninguno de los otros principios, en parte alguna de la historia humana: igualdad, libertad, diversidad y solidaridad” (141).

La idea de la participación de la comunidad apareció en el inicio del siglo XX representando una nueva forma de relación Estado - Sociedad y continúa siendo un importante factor para el funcionamiento de la democracia representando aún hoy un elemento crucial en el ámbito de la toma de decisiones junto a las organizaciones y el Estado.

El concepto de *participación*, como el de *democracia*, son conceptos relativos al ambiente político y social en el cual se manifiestan. No son conceptos técnicos como electricidad, o la gravedad, sino conceptos eminentemente políticos, como el de derechos humanos, o libertad, que están condicionados por quien, cuando y desde que posición ideológica o institucional se piensa, se formula, se defiende y/o se lucha.

Como refiere Sarah Escorel (142), *“La democracia –como la participación, se podría añadir – precisa de un adjetivo, pues existe una pregunta que nos hacemos siempre”: ... ¿Qué constituye una democracia democrática?... “En la época actual, sería una república democrática o una democracia republicana, o gobierno de muchos (del pueblo) que conjugase elecciones regulares que posibiliten la alternancia del poder y el equilibrio entre los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Esas características indican los procesos democráticos considerados necesarios e indispensables. Sin embargo son insuficientes pues no garantizan ni la distribución de riquezas ni, por ejemplo, los derechos de las minorías. Surge una nueva distinción en la teoría política entre una “democracia formal” (la que establece las reglas del juego procedimental) y una “democracias substantiva” (que estaría preocupada en reducir las desigualdades económicas).*

Otra distinción que surge con la propia existencia de formas de gobiernos democráticos es la que se da entre la democracia directa y la democracia representativa. Esta surge como

⁹La referencia a Consejos de Salud se realiza de forma genérica para todos los órganos de participación y de dirección colegiados del Sistema Canario de la Salud y del Servicio Canario de la Salud: Consejo Canario de la Salud; Consejos de Salud de las Áreas de Salud; Consejos de Salud de Zona Básica; Consejos Municipales de Salud (Opcional para municipios con más de una Zona Básica de Salud); Consejos Insulares de Rehabilitación Social y Acción Comunitaria (CIRPAC) y Comisiones de Participación Hospitalaria.

evolución de la primitiva directa, que podría ser considerada elitista al dejar fuera a mujeres y esclavos y evolucionó para el sistema representativo en el que el ciudadano-político (que era uno solo e indivisible) pasó a ser representado por políticos profesionales en un sistema de partidos. En el interior de democracias representativas surgen mecanismos de democracia directa como plebiscitos y referendos. La gran diferencia es el carácter de la participación del ciudadano: en un caso (representativa) él delega su poder de decisión y en el otro (directa) el ejerce el poder de decisión”.

En palabras de Coleman, y Putnam el concepto de *capital social*¹⁰ constituye un importante protector de salud, al considerarlo como la goma invisible que mantiene unida a una sociedad (143). En el campo específico de la salud se ha avanzado mucho en demostrar con evidencias la relación existente entre el daño sobre la salud y el debilitamiento de la cohesión social (144) (145). Debido a la relación entre la existencia en la sociedad de *capital social* y el buen desempeño de las instituciones del Estado y del mercado, se crea un círculo virtuoso que fomenta la confianza de los ciudadanos en las instituciones públicas e incentiva una cultura cívica de solidaridad y cooperación democrática (146).

En este sentido referido, existen también otros mecanismos - que incrementan la participación social- como estrategias para enfrentar al mayor enemigo de la democracia que es la fragmentación y la exclusión social y que se corresponde con un proceso de concentración de poder político y económico enorme y que se expresa de forma evidente en los indicadores de salud como consecuencia de la inequidad en la distribución de la riqueza y de las desigualdades en el acceso a los bienes y servicios de una región o país.

Uno de esos mecanismos, es el del Presupuesto Participativo, otro es el de los Consejos de Salud y en el que se encuadraría también el de las Conferencias de Salud, contempladas en el borrador de anteproyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. No obstante es necesario resaltar que estos no son mecanismos de participación directa y si de democracia representativa y que contiene los mismos problemas que el sistema de partidos políticos y políticos profesionales. En cada caso se precisa analizar “quien” participa y “quien” está siendo representado.

El desarrollo de las transformaciones necesarias en el sentido de la gestión democrática y participativa es fundamental pero, al mismo tiempo, complejo. Esta situación se complejiza, a nuestro modo de ver, por la tremenda influencia que está teniendo la globalización neoliberal en las políticas públicas y especialmente las políticas sociales y de salud.

3.4.2.- Promoción de la Salud, Participación de la Comunidad, y acción intersectorial

La Carta de Ottawa sentó las bases de la promoción de la salud y abrió el camino para pasar de la retórica a la acción, contemplando el fortalecimiento de la participación entre las cinco grandes áreas estratégicas: construir políticas saludables; crear entornos favorables; fortalecer

¹⁰ Se entiende por *capital social* la existencia de sistemas horizontales de participación cívica en forma de redes de intercambio social caracterizadas por la confianza, reciprocidad y cooperación.

la acción comunitaria; desarrollar aptitudes personales (estilos de vida) y reorientar los servicios de salud.

La Carta de Ottawa más que una declaración es una propuesta para devolver a los ciudadanos el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello (147). Reconoce e insiste en que se necesitan estrategias de participación y de acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas.

Más tarde, otras declaraciones como la Conferencia de Adelaida-Australia (OMS 1988), “Un llamado para la acción” por el Grupo de Trabajo de la OMS, 1989, V Conferencia Mundial de Promoción de Salud, México 2000, el Informe Mundial de la Salud del año 2008 y el Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud aportan evidencias y refuerzan los principios de la Promoción de la Salud de la Carta de Ottawa (148). Enfatizan la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo. Estos documentos constituyen un importante bagaje con el que cuenta la salud pública para desempeñar un papel más comprometido con los principios éticos de la vida en comunidad, de la participación y ello lleva implícita la coordinación intersectorial e institucional.

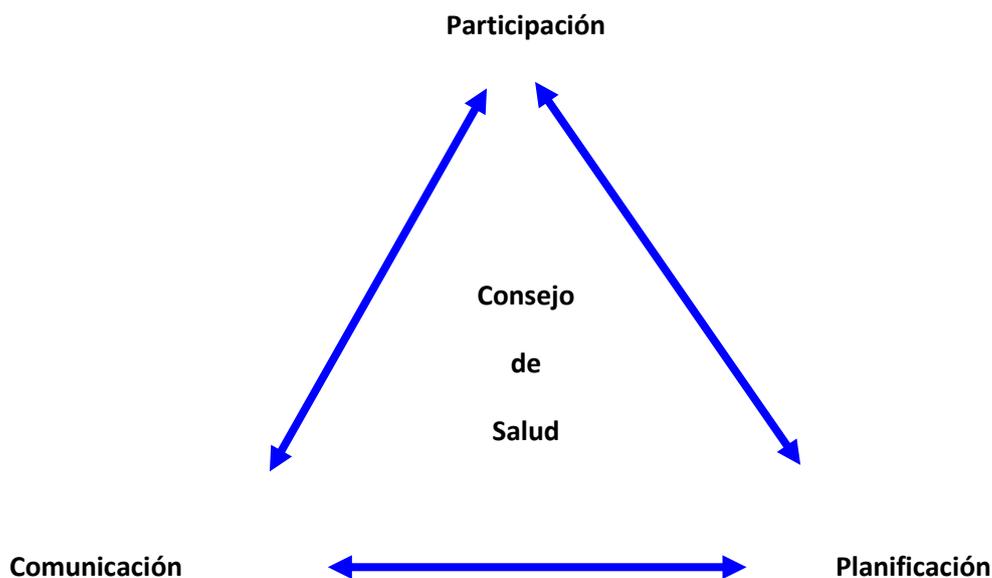
3.4.3.- Los Consejos de Salud como espacios de acción comunicativa, coordinación y planificación.

Además de las evidencias de que la participación comunitaria es imprescindible para mejorar la salud de la población, aumentar los rendimientos y la calidad de los servicios asistenciales o elaborar planes eficaces, se puede afirmar que “... *Tenemos esta visión porque, sencillamente, nos damos cuenta de que nosotros solos, no podemos. De otra forma, ya lo habríamos hecho*” (149).

Sin embargo hemos podido comprobar que la experiencia general de la participación comunitaria en salud a través de los Consejos de Salud, en el Estado y en Canarias, no invita al optimismo. Una y otra vez, los intentos de establecerla han chocado con la falta de apoyo político y con la rigidez y jerarquía institucionales. También se tropieza con el escepticismo o de una ilusión que con frecuencia retroalimenta ese escepticismo en forma de descrédito, tanto entre la población y sus representantes, como de otras instituciones o de los mismos profesionales sanitarios y gestores, como se referirá más adelante.

No obstante los Consejos son parte de la solución y no del problema de la sanidad. Los problemas nunca son individuales. Ni siquiera un dolor, por mucho componente subjetivo que tenga. Siempre hay más gente implicada alrededor de los problemas. Contar con ella es querer resolverlos (150).

Figura 3.2. El triángulo del Consejo de Salud. (Dopico, J. 2006)



El Consejo de Salud, además de formar parte de la Estructura Básica de Salud, en el nivel de atención de la Zona Básica de Salud es el espacio público estratégico en donde se articulan y unifican las funciones de participación comunitaria, planificación sanitaria y comunicación entre la población y la administración sanitaria. Ocupa el centro de un triángulo en cuyos vértices se sitúan la planificación, la comunicación y la participación.

Como se puede ver, si se hace girar los vértices del triángulo en torno al Consejo de Salud, que actúa como rotor, vemos que rotan en el mismo plano por lo que la participación, la planificación y la comunicación acaban siendo el mismo proceso. Se considerará uno u otro, se llamará de una u otra forma, según sea el momento en que paremos el rotor, o sea, según sean las intenciones, motivaciones y propuestas de los actores que estén en juego.

Como sigue expresando Joaquín Dopico,

...al final, sólo hay comunicación si hay diferencia; la participación es poner en comunicación a la gente de otra manera y la planificación es realizar una propuesta comunicativa nueva.

En este mismo sentido y analizando la dinámica de cualquier Consejo de Salud se evidencia que un mismo hecho, problema o circunstancia tiene una significación e interpretación diferente en función de la posición del actor respecto a la situación que se presenta y en el diálogo que se genera entre ellos se encuentran las respuestas a los interrogantes que se plantean. La participación de los usuarios en la sanidad, puede constituir un ejemplo: los observadores que miran desde la posición del gobierno en una Comunidad Autónoma o desde partidos políticos en la oposición; la mirada desde un mismo partido político cuando se trabaja en las instituciones o desde fuera de ellas...Lo que para unos es una oportunidad o fortaleza, para otros, la misma situación puede ser vista como una amenaza o un problema. Ejemplos claros los podemos ver en las movilizaciones que se han producido en los trabajadores del Servicio Canario de Salud a lo largo de su vida. Esta experiencia ilustra claramente, que e/

cómo de la participación, es un concepto eminentemente político, históricamente determinado, como *derechos humanos, libertad...* etc.

Esta apelación a la necesidad del diálogo y de la importancia de desarrollar espacios de comunicación, participación y debate para el desarrollo de una sociedad más humana y de unos servicios públicos de mayor calidad, más fuertes y eficientes está directamente a la necesidad de incorporación de una nueva racionalidad en nuestro Sistema Nacional de Salud, y, por tanto, en nuestro Servicio Canario de Salud (151).

El diálogo es, además, lo que permite crear condiciones para la construcción del actor social como sujeto. El pensador y científico social en planificación y políticas de salud, Mario Testa exponía su punto de vista sobre esta cuestión ubicándola en el contexto de los atributos de esta era de acelerada globalización, “... *estamos experimentando una de sus características más perniciosas: la pauta de desconexión de los individuos con los otros: En un mundo globalizado no tenemos necesidad de hablar unos con otros y se están creando condiciones para deambular por la vida sin sentido.* Según Mario Testa, el primer paso hacia la conformación de una organización es el hablar o dialogar. “*Es el diálogo lo que permite crear condiciones para la construcción del actor social como sujeto*” (152).

Lo que representa básicamente el paradigma comunicativo a través de la escucha, con propuestas de acciones concretas en el campo de la planificación y gestión, es que destaca y pone en valor la necesidad del diálogo que aporta la planificación estratégico-situacional de Carlos Matus y el pensamiento estratégico de Mario Testa, como posibilidad de una problematización colectiva, capaz de articular sujetos sociales, como la posibilidad de incorporación de una racionalidad sobre la gobernabilidad de situaciones de conflicto o división y dispersión del poder que enfatiza la negociación política, según expresa Elisabeth Artmann y Javier Uribe (153)(154).

Estos autores resaltan la aportación de Carlos Matus sobre el triángulo de hierro de la Planificación Estratégica Situacional que *ayuda a delimitar los contornos de una organización comunicante o dialógica*, (en la que consideraríamos a los Consejos de Salud como instrumento o tecnología en este triángulo). *Los tres vértices representan los principales subsistemas del sistema de dirección estratégica. La Agenda del Dirigente, que exige concentración en lo que es estratégico, la Gerencia por Operaciones y el sistema de Petición y Rendición de Cuentas. El autor, Carlos Matus, defiende que la baja responsabilidad genera una tendencia en el sentido de la centralización y de la ingobernabilidad. La falta de rendición de cuentas lleva al dirigente a no organizar su agenda priorizando problemas de alto valor relativo. De esta manera, acumula todo tipo de problemas, no delega, generando en consecuencia la ingobernabilidad (falta de poder y autonomía en la toma de decisiones)* que es un problema, que es crónico, en el sector salud de la Comunidad Autónoma de Canarias, y que las autoridades sanitarias padecen al estar más pendientes de la agenda mediática o política impuesta desde fuera, que de su propia agenda: *lo urgente no deja tiempo para lo importante*, suele decirse en la considerada Consejería *más política* de todo el Gobierno (155).

Por otro lado los teóricos de la democracia deliberativa, como Habermas, conciben a esta como extensión de la *acción comunicativa*¹¹ tanto en plano de la esfera pública informal como en el de la esfera pública institucional. Se parte del principio de que las decisiones sólo pueden ser legítimas si llegan como consecuencia de una deliberación pública por parte de la ciudadanía (156) (157).

La creación de los Consejos de Salud, como órganos asesores, y de los Consejos de Dirección de las Áreas (Islas), como órganos de un cierto nivel de decisión en el Servicio Canario de Salud (158) representa, en sí mismo, una oferta de participación y de inclusión, si no en la decisión, por lo menos en el debate público, de los ciudadanos, configurando un fenómeno que se planteó ya en la Ley General de Sanidad hace casi treinta años. Son considerados como *“...instancias públicas de formación de opinión y de voluntad política, mucho más que instrumentos del gobierno o de la sociedad. Su posibilidad de actuación en la tematización y formulación de la agenda pública de la Administración Sanitaria, mucho más que en su ejecución en la medida en que conceden o niegan la opción de “interés público” a las demandas e intereses específicos que se presentan en ellos”* (159).

En este mismo sentido, la Ley Canaria de Fomento de la Participación Ciudadana (ley 5/2010 de 21 de junio) recoge que como “sociedad democrática avanzada”, a la que se refiere el preámbulo de la Constitución y su artículo 9.2.,

Se debe implicar la participación activa de la ciudadanía en el ejercicio del poder, coadyuvar a la construcción de una identidad colectiva y conformar un espacio público avanzado. La consolidación de la participación ciudadana permitirá que la ciudadanía pueda colaborar en la acción de los gobernantes, produciéndose, de este modo, una complementación entre la participación en los asuntos públicos y la democracia representativa, lo que posibilitará el perfeccionamiento de los valores democráticos, de la cultura democrática, de la racionalización y modernización de las administraciones públicas, de la innovación de la gobernabilidad, y del afianzamiento de una democracia más deliberativa y más próxima a la ciudadanía(160).

Este ejercicio comunicativo de democracia deliberativa, es presentado como, al menos, un remedio parcial para el deterioro social y político de las democracias establecidas y como medicina preventiva para las emergentes al basarse en el principio de la deliberación, que implica la argumentación y discusión pública de las diversas propuestas. Los teóricos de la democracia deliberativa, como Habermas, la conciben la como extensión de la *acción comunicativa* tanto en plano de la esfera pública informal como en el de la esfera pública institucional (161). Se parte del principio de que las decisiones sólo pueden ser legítimas si llegan como consecuencia de una deliberación pública por parte de la ciudadanía.

¹¹El concepto de *acción comunicativa* es una de las bases que estableció el filósofo alemán Jürgen Habermas para estructurar su Teoría Crítica de la Modernidad. Habermas observa cómo la interacción social del ser humano pasa de estar basada en ritos y en lo sagrado a la potencia del signo lingüístico, con la fuerza racional de las verdades sometidas a crítica. Las estructuras de acción comunicativa orientadas a un acuerdo se vuelven cada vez más efectivas tanto en la reproducción cultural como en la interacción social o en la formación de la personalidad.

También la normativa específica en el ámbito de la sanidad, como subsistema público de protección social en la Comunidad Autónoma de Canarias reconoce “el derecho de los ciudadanos a participar a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias” (Artículo 6, apartado d) de la Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias), y en particular “...en la orientación, evaluación y el control del Sistema Canario de la Salud” (Artículo 4. Apartado g). Asimismo que los órganos de participación constituyen una manera de implicar a los ciudadanos y usuarios de los servicios sanitarios en la mejora de su calidad:

Los Consejos de Salud deben ser entendidos como parte del modelo sanitario y como un nuevo dispositivo del proceso de decisión pública en salud. No solo son un mero instrumento de participación, sino que constituyen un espacio institucional nuevo que propicia la oportunidad y la efectividad de la participación comunitaria (162) .

Los Consejos de Salud instituidos en la normativa de Canarias, aunque susceptibles de mejoras para hacerlos más eficaces y ágiles en el funcionamiento, constituyen una tecnología organizativa con gran capacidad potencial para el desarrollo de la acción comunicativa. Esta revisión y antecedentes refuerza y respalda la apuesta por la activación de los órganos de participación y de dirección colegiada (Consejos de Salud, CIRPACS, Comisiones de Participación Hospitalaria, y Consejo de Dirección de la Áreas de Salud), en cuanto que supone que la Comunidad Autónoma de Canarias y sus instituciones funcionen a partir del reconocimiento de la diversidad de intereses sociales presentes en la sociedad y de la aceptación de sus formas de representación. De ese modo, las políticas públicas en salud serían, el fruto del proceso de análisis, discusión y pacto entre grupos de intereses y de visiones diferentes en su interior. En definitiva, el reconocimiento y puesta en valor de la presencia explícita y formal de los distintos segmentos y entidades en el interior del aparato estatal, que contribuyen a que se pueda llegar a tornar visible y legitimada la diversidad de intereses y proyectos dentro del aparato de la *Administración* sanitaria.¹²

3.4.4.-Situación actual, antecedentes y perspectivas de los Consejos de Salud en Canarias

En el mes de octubre de 2010, un grupo de vecinos de la Zona Básica de Salud de Tejina-Tegueste dirigieron un escrito al Presidente del Gobierno de Canarias, que fue precisamente el impulsor de la Ley de participación ciudadana en Canarias, sobre *los obligatorios pero inexistentes Consejos de Salud*. Efectivamente, estos vecinos tienen razón con su reclamación al exigir lo que es un derecho ciudadano y un deber del Estado – en este caso del Gobierno y las instituciones de la Comunidad Autónoma de Canarias, incluyendo cabildos y municipios, de cumplir con la Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias de 26 de julio, que constituye el marco jurídico-político que sienta las bases para la regulación y el desarrollo de la participación de los ciudadanos en el Sistema Canario de la Salud, tal y como obliga, para el Sistema Nacional de Salud, la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad.

¹²Los Consejos como arena decisoria, los consideramos como espacio político de encuentro de intereses, visiones y actores diversos en posiciones, incluso divergentes y/o en conflicto. Este espacio puede ser entendido entonces como un campo de fuerzas que se atraen o repelen en una dinámica que puede llegar a ser de confrontación pero también de consenso colaborativo por considerar que la salud y el interés por la mejora y defensa del sector, propicia el consenso.

Estos vecinos reclaman a su Gobierno que defienda y cumpla con la participación pero el hecho es que después de más de 14 años de la creación del Servicio Canario de la Salud de los 105 Consejos de Salud de Zona previstos por normativa solo se han creado, o funcionan, aproximadamente 12 y los que ya funcionan, en las Área de Salud, lo hacen de manera...”para cumplir”, pero sin una apuesta política seria de los diferentes gobiernos... Y preguntan: *¿por qué a pesar de tales proclamaciones, no se han establecido todavía los Consejos de Salud?*

El hecho es que, después de los 30 años transcurridos desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, la historia de los Consejos de Salud y de la participación ciudadana en el Sistema Nacional de Salud español ha sido más de fracasos que de avances, a pesar de haber contado con un marco jurídico-político, la Ley General de Sanidad de 1986, aún vigente y la normativa que la desarrolla. No obstante esta situación no es un hecho aislado en el Sistema Nacional de Salud ni en los países del entorno de Canarias.

La falta de apoyo activo por parte de la Administración Sanitaria, a los órganos de participación, se está produciendo en la mayoría de los Sistemas Regionales de Salud del Estado. La participación comunitaria, en general, ha sido desplazada a la periferia por las lógicas de una racionalidad *gerencialista* (163) de planificación y gestión en los sistemas sanitarios públicos (Ver epígrafe 3.2. Reforma Sanitaria) por la moda neoliberal que se ha venido instalando de desregulación y privatización de amplios sectores y servicios del Estado de Bienestar. Precisamente, estos países del sur de Europa que habían salido de dictaduras y transitaban hacia la democratización (Italia, Grecia, Portugal, España) habían tomado como referencia los modelos sanitarios tipo servicio nacional de salud, como los vigentes en los 70 y 80 en las socialdemocracias de los países escandinavos o del Reino Unido. Algunos autores sitúan históricamente este cambio de paradigma en las políticas públicas durante los años 1970 y principios de la década siguiente, cuando se rompe el pacto social entre el mundo del capital y del trabajo, en especial a partir de las políticas públicas de recortes laborales y sociales implementadas por Ronald Reagan en Estados Unidos y Margaret Thatcher en Gran Bretaña (164).

Era la época en que la onda neoliberal avanzaba ya en muchos países del mundo incluyendo los países tomados como referencia. De alguna manera, los países como España iniciaban reformas cuando los sistemas de países que les habían servido de referencia estaban aplicando las recetas neoliberales que se han ido extendiendo por toda Europa (165) (166) (167) (168), (169).

Aquella participación surgía pues, en un escenario optimista en el que se pretendía contribuir a la mejora del sistema sanitario y su eficacia; a detectar necesidades en relación con la salud de los grupos sociales singulares; a contribuir a construir nuevos estilos de vida saludables para la población. La participación, implica, en cualquiera de sus visiones, una mejora de relaciones entre el sistema sanitario, sus trabajadores y la población. Según este autor,

En este modelo vigente, la participación ha sido sustituida por la clientelización, que representa un modelo de ciudadano aislado que carece de capacidad para intervenir en las macrodecisiones. Se disocia drásticamente la gestión operativa de los servicios de la formulación de políticas y la gestión estratégica. Así se favorece una disminución de la posibilidad de algún control ciudadano. Las políticas sanitarias públicas gerencialistas se

deliberan y deciden entre nuevas categorías de expertos – comisiones de expertos, planes estratégicos etc. -- en una medida todavía superior al pasado pregerencialista. (170)

Por el contrario, en el sistema de la clientelización que se está instalando, las posibilidades de control social se reducen y los sectores de la población que se hallan en desventaja social, son on consejos carentes de voz, y cuyos intereses se encuentran escasamente representados también reducen su posibilidad de participación

3.4.5.- La evidencia de la importancia de la participación en salud

Existen evidencias que indican que:

- La participación de la comunidad, en el sentido de cooperación y de promoción del desarrollo de la salud y prevención de la enfermedad es una idea más positiva que la de realizar un control de la ineficiencia de los administradores sanitarios.
- A mayor grado de participación, las acciones de promoción de la salud tienen más posibilidades éxito y de llegar a un elevado número de personas.
- La participación de las personas es, en muchas situaciones, un prerrequisito para el éxito de las acciones relacionadas con mejoras en la salud pública.
- Se ha avanzado mucho en la evidencia de la relación entre el daño sobre la salud y el debilitamiento de la cohesión social (capital social). Los individuos con falta de relaciones sociales tienen dos o tres veces más riesgo de morir por todas las causas comparadas con aquellos bien conectados socialmente (171) (172) (173).

Por tanto, el proceso de desarrollo de la participación ciudadana, y de los espacios comunitarios o institucionales de participación como los Consejos de Salud en particular, debería ser aceptado como una estrategia y una tecnología organizativa contribuyente a la modernización de los servicios e instituciones del Sistema Nacional de Salud, y en particular del Distrito Sanitario, Zona Básica o del Área de Salud, dirigido a producir impacto sobre la salud y también sobre la forma de procesar las necesidades y las demandas de los ciudadanos y de los servicios de salud. Se considera que los Consejos de Salud constituyen una aportación coherente con la condición de eficacia de la gestión sanitaria al favorecer la introducción de la racionalidad de la eficiencia técnica y económica; la equidad y la adecuación del proceso de producción de servicios de salud a las necesidades y demandas de salud, propia de los Planes de Salud o Programas Anuales de Gestión Convenida en el Servicio Canario de la Salud.

Ello ofrece la oportunidad de focalizar la atención sobre las singularidades socio-epidemiológicas en su zona y facilitar la conexión entre la visión de salud pública que razona en términos de salud poblacional con la visión de servicios asistenciales orientados a la atención de los individuos.

Los Consejos de Salud como órganos de participación, constituyen, asimismo, un espacio privilegiado para incidir sobre programas intersectoriales locales. El desarrollo de la coordinación necesaria de los planes sectoriales para enfrentar la prevención y control de las endemias o de la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Para que la acción intersectorial e interinstitucional sea real y efectiva se deben establecer sinergias entre la estrategia de implementación de las acciones de salud y el desarrollo de los órganos de participación, en tres sentidos complementarios:

- Proporcionando instrumentos para la gestión participativa en los servicios sanitarios. Que los profesionales y los representantes de los ciudadanos sepan cómo participar y realizar las actividades que ello supone.
- Institucionalizando los mecanismos de participación, para que no dependan de la buena voluntad, aunque evitando su burocratización.
- Aportando elementos de información y reflexión que den significado a los fines de la participación.

3.5.- EL SISTEMA ECCA DE ENSEÑANZA A DISTANCIA

3.5.1.- Los desafíos del cambio en la cultura sanitaria de los sanitarios y de la ciudadanía.

La creación de condiciones que viabilicen la incorporación del Plan de Salud de Canarias y del funcionamiento eficaz y efectivo de la participación y de dirección colegiada a través de los nuevos espacios institucionales de los Consejos de Salud y de Dirección del Servicio Canario de la Salud, implica el desarrollo de un cambio en la organización y en la cultura organizativa del Servicio Canario de Salud y de su relación con la sociedad en su conjunto.

En la actualidad, no se cuestiona que la construcción social de una nueva “*cultura sanitaria*” en los servicios y en la población, entendida como espacio de la salud y no exclusivamente de atención a la enfermedad, exige un proceso de cambios que se han de dar dialécticamente y simultáneamente tanto en el *concepto de salud-enfermedad*, en el *paradigma sanitario*, como en la *práctica sanitaria* y, en consecuencia, en la orientación de la Reforma Sanitaria (174). Estos cambios tienen que ver con las resistencias en la orientación de los sistemas de salud hacia un nuevo diseño institucional de descentralización y participación social, de promoción de salud e integralidad de la atención así como de orientación para el abordaje de las cronicidades (175) (176).

Son manifiestas las dificultades en los procesos de Reformas Sanitarias de orientar los sistemas de salud hacia un nuevo modelo de atención asistencial, promoción de salud e integralidad de la atención y para un nuevo diseño institucional de descentralización y participación social, enfrenta fuertes resistencias dentro y fuera del sector salud.

Esos procesos implican importantes alteraciones en la demanda educacional adecuada a la complejidad y baja estructuración de los problemas¹³ de salud y particularmente de los nuevos problemas de salud pública y derivados de la necesidad de reorientación de los sistemas y servicios de salud. En relación con la clientela, hoy se trata de lidiar no solo con la formación de los profesionales, sino también con la capacitación de ciudadanos – usuarios, como nuevos actores de la salud pública, en los servicios públicos y en la asunción de los autocuidados y de su participación en las políticas públicas, lo que también conlleva un proceso de empoderamiento.

Por tanto se ha hecho necesaria la superación de los modelos educativos tradicionales de enseñanza-aprendizaje que aún caracterizan buena parte de los programas de educación para la salud y de formación de personal sanitario. No solamente en cuanto al marco teórico que sustenta dicha metodologías, sino en relación a otros factores como las vías a través de las cuales llega la información al alumno, sino por la forma en que el docente puede elaborar y construir nuevos conocimientos a partir de estas, para conseguir como resultado un aprendizaje significativo.

Estas consideraciones plantean importantes desafíos para las estrategias en la promoción de la salud y en la necesidad de reorientación de los servicios:

¹³ Se parte del concepto de la complejidad de los problemas del sector salud, en general, que se utiliza en la Planificación Estratégico Situacional cuyo objeto son los problemas mal definidos, quasi o mal estructurados.

- ¿Cómo alcanzar con programas educacionales de calidad a todo el contingente de recursos humanos disperso por toda la geografía de una región, y en particular en territorio archipelágico como las Islas Canarias?
- ¿Cómo dar respuesta a todas las necesidades de formación, capacitación etc., del personal de salud y de los ciudadanos – usuarios en corto tiempo, con calidad, con unidad de criterios y amplia cobertura?
- ¿Cómo manejarnos en instituciones sometidas con frecuencia a tensiones por conflictos laborales, o sociales alentados en muchas ocasiones por cuestiones partidarias y /o mediáticas, considerando que la estructura de poder en su interior, es compartido y la gobernabilidad de las institucional por tanto es difícil?

La respuesta a estas y otras cuestiones, requieren ciertamente de nuevos modelos y prácticas de trabajo y de educación. Desde hace más de 30 años se ha desarrollado una importante oferta en el ámbito de la salud, con un promedio de veinte mil participantes por año durante más de diez años, en la producción y desarrollo de esta tecnología de educación-participación acción habiendo comprobado la efectividad, utilidad y potencialidad del Sistema ECCA de Enseñanza a Distancia de personas adultas, y que se considera de gran utilidad como instrumento para el desarrollo del cambio cultural necesario en los procesos de reforma sanitaria, para la promoción de la salud y en programas de cooperación al desarrollo.

3.5.2.- El Sistema ECCA y la necesidad de coherencia entre objetivos, método y organización, como condición de eficacia de la acción formativas y de los planes de acción en los servicios de salud.

El Sistema ECCA de Enseñanza a Distancia permite, desde nuestro punto de vista, desarrollar lo que denominaremos *Cursos ECCA en Servicios de Salud* de forma coherente entre los tres aspectos que determinan su eficacia: *los objetivos, el método empleado* (el Sistema ECCA) y su *organización* (Figura 3.2).

3.5.2.1.- Los Objetivos

El diseño de cada uno de los cursos, entendidos como planes de acción, en mayor o menor medida se formulan incorporando tres grandes categorías de objetivos: el componente *administrativo*, que también llamamos objetivos técnico- administrativos u operativos, están más vinculados a los contenidos específicos y más visibles de cada curso; el componente de *legitimación*, asociado a la necesidad de reconocimiento institucional u organizativo por el que hace o promueve el curso. El componente *estratégico* contiene los objetivos que están guiados por la intención de introducir *cambios* para lo cual es necesario ganar poder para avanzar en dicho proceso. La condición de eficacia de este componente está condicionado por la forma y tipo de recursos: personas, escogidas en la producción de los unidades didácticas; en la promoción o captación del tipo o características de los alumnos para el curso y en su implementación como monitores, técnicos; el procedimiento de selección del alumnado participante etc.; y por la metodología o el *“comohacer” que*, en este caso, es el sistema ECCA (177).

Figura 3.2.- El Sistema ECCA de enseñanza a distancia semi-presencial y la formación orientada a la acción participativa en salud según el Postulado de Coherencia.



Fuente: Elaboración propia

a).- *Componente administrativo:*

A esas categorías que determinan el *crecimiento* se le llama *objetivos administrativos* o técnico-administrativos. Estos tienen que ver con la productividad, eficiencia y en general a las acciones que se realizan desde los servicios para resolver los problemas de salud. A esta categorización de Mario Testa (178) se le añade el componente educativo. Este es el relacionado con los objetivos más tradicionales y conocidos de los que parten las propuestas más claras de acción a corto plazo y en la que nosotros incluimos los objetivos educativos relacionados con el cambio de los hábitos o la adquisición de determinadas habilidades o conocimientos conceptuales o técnicos respecto a los problemas objetos del curso o programa:

- Favorecer la adquisición de conocimientos sobre contenidos concretos como sobre la prevención y control de determinadas enfermedades, conocimiento y de planes de gestión, de guías o protocolos de práctica clínica o gestión clínica; manipulación de alimentos, activación y puesta en marcha de los Consejos de Salud, capacitación para la gestión del plan de salud en la zona o institución etc.
- Tomar conciencia de la influencia que ejerce sobre la salud los factores sociales, políticos y ambientales en general.

- *Aumentar el grado de relación social entre las personas sujetas al programa, como una forma de lucha contra la incomunicación, a través del diálogo, discusión, debate, reflexión, interrelación etc.*
- Aumentar el flujo de información entre sanitarios y población sujeta al programa.
- Aumentar la información y los conocimientos de los ciudadanos respecto al funcionamiento del sistema de salud y la comprensión de su organización y mecanismo. Los contenidos de los cursos se diseñan acorde a las normas y procedimientos utilizados por los servicios de salud en la atención y / o prevención de cada uno de los problemas de salud. Hay algunos cursos específicos como el de Participación y Reforma Sanitaria, dirigido a los futuros miembros de los Consejos de Salud.

b).- Componente estratégico:

Este es un ámbito de caracterización difícil porque no responde a una normativa claramente establecida y tiene que ver con esencialmente con el cambio y, por tanto con el *poder*. La consideración del *poder* debe hacerse en un doble eje: el que corresponde a los resultados de su ejercicio y el que diferencia tipos específicos. En el de los resultados está el poder cotidiano que se refiere a *qué y cómo hacer las cosas*. Lo que resta transparencia a esta situación, es no entender que la disputa por el poder cotidiano implica al Poder Societal, de largo plazo, referido a qué tipo de sociedad y de servicios en este caso a construir o reproducir.

En general, en mayor o menor grado, los objetivos estratégicos están, implícita o explícitamente, comprendidos en el diseño de los cursos realizados a través del Sistema ECCA y que fueron formulados en el primero de ellos "Salud para Todos" y también implícitos en el de "Participación y Reforma Sanitaria" para la formación de potenciales vocales y constitución de los Consejos de Salud (Ver anexo 1):

- Incrementar la habilidad de las personas para ganar poder sobre sus propias vidas y para cambiar las relaciones y estructura social en las que viven y trabajan.
- Aumentar el nivel organizativo de la población para hacer frente de una manera colectiva a los problemas de salud y/o de atención sanitaria, aprovechando las infraestructuras sociales poco utilizadas y/o creando otras nuevas.
- Mejorar los grados de funcionamiento de los grupos sociales y de salud, tanto existentes como emergentes.
- Aumentar el espacio y el poder de los grupos en la sociedad y en las instituciones donde funcionan.
- Captación y selección de líderes naturales de la sociedad.

En cuanto a los servicios, en general en todos los cursos y particularmente con las ediciones de grupo de los cursos, ya que también se realizan algunas ediciones para algunos sin grupo, se considera la orientación del *cambio hacia el Modelo de Atención Primaria de Salud* y en particular, del desarrollo de una mayor calidad asistencial y desarrollo del componente comunitario y/o promotor de salud en los Equipos de Atención Primaria. También para

potenciar la identificación con el desarrollo de los objetivos del Plan de Salud de Canarias, y el principio de la planificación y *epidemiologización* de la atención a la salud no solo en la prevención sino en el control y la mejor atención a los problemas priorizados de salud como es la prevención y control del riesgo cardiovascular o la diabetes.

c).- Componente de legitimación

Está relacionado con la necesidad de legitimación de los planes, programas y/o propuestas que parten de los Servicios de Salud a cualquier nivel del sistema. Esa necesidad de legitimación o de reconocimiento es un propósito permanente. No es un objetivo necesariamente explícito ni consciente pero es ineludible en cualquier circunstancia, decisión o propuesta que se realice desde la correspondiente organización: la forma de presentar los cursos, la participación mayor o menor de la Fundación ECCA o del Servicio Canario de Salud en la promoción, o en las clausuras multitudinarias de cada curso. Ello permite una mayor visibilidad del gasto en la promoción de salud. Este gasto ha de competir en el presupuesto con el que se realiza en las grandes inversiones en infraestructuras como inauguración de centros de salud, hospitales, compra de equipamientos nuevos etc., al que tradicionalmente se le atribuye mayor valor electoral o “político”. Es necesario conseguir rédito “político” en estas acciones no solo para reforzar su valor y ganar fuerza y adhesión de los colectivos aumentando su base de apoyo, sino asegurar el mantenimiento, o el aumento, de la partida presupuestaria destinada a la promoción de salud que es, muy coste-efectivo, pero tradicionalmente menos rentable políticamente.

3.5.2.2.- El Sistema ECCA de Enseñanza a Distancia como *método* en el postulado de coherencia

Con cincuenta años de experiencia de Radio ECCA, la principal característica de su Sistema ECCA, la de mayor alcance y de resultados más significativos, ha sido no abandonar la esencia del sistema basado en el uso de sus tres elementos interdependientes:

Material didáctico:

Dentro de este, el esquema se configura como el elemento central e imprescindible de toda acción formativa. Sirve de soporte a la clase grabada y contiene la información esencial de la materia que será objeto de estudio, además de los recursos gráficos necesarios para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Además se acompaña de otros elementos como documentos, fichas, glosarios, guías, etc.

Clase grabada:

Consiste en una explicación minuciosa y activa del contenido del esquema, llevada a cabo por los especialistas encargados de la producción del material educativo. A lo largo de la misma, el/la participante o alumno/a completa los espacios en blanco y hace las anotaciones pertinentes siguiendo las indicaciones de su pareja de especialistas-profesores¹⁴. Su duración aproximada es de 30 minutos.

¹⁴ Normalmente, las acciones formativas son elaboradas por una sola persona, por lo que no siempre las dos personas que graban han sido las encargadas de diseñar la acción formativa. En el caso de

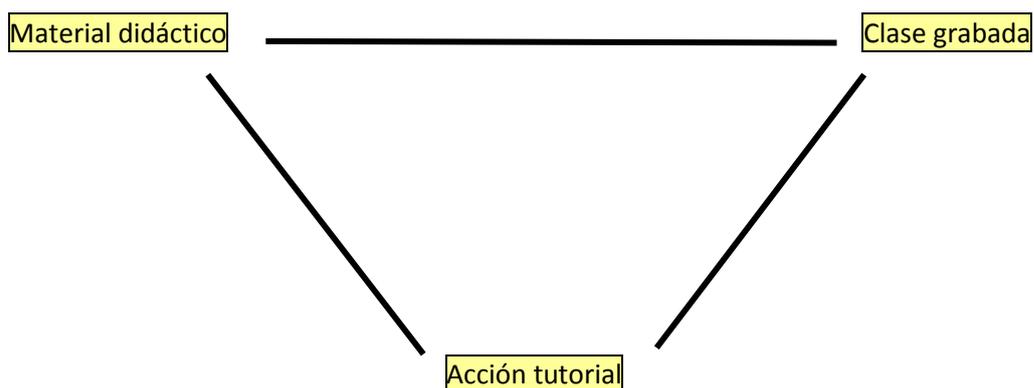
Acción tutorial:

Supone un encuentro entre las personas participantes y el profesorado destinado a aclarar dudas, compartir opiniones, pedir asesoramiento o realizar consultas. En la modalidad mixta elegida para la Conferencia de Salud (acción formativa con talleres “Innovando en la Gestión de la Salud” para el desarrollo del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017), la acción tutorial se realizó de forma fundamentalmente presencial, y también telefónica, telemática, en foros de debate por internet y en programas abiertos de radio. En ella se establece un espacio de producción colectiva de conocimiento en el que la acción tutorial de grupo es conducida por compañeros/as del mismo Servicio Canario de Salud, que actúan como monitores/as después de una breve formación previa, o bien por profesionales especialistas en el caso de la coordinación los foros por internet o el programa abierto de radio.

Actualmente la gran mayoría de los cursos o acciones formativas de Radio ECCA están disponibles por internet. Como parte de la documentación escrita, el monitor recibe una guía para la preparación de cada una de las reuniones o talleres correspondientes a las unidades didácticas.

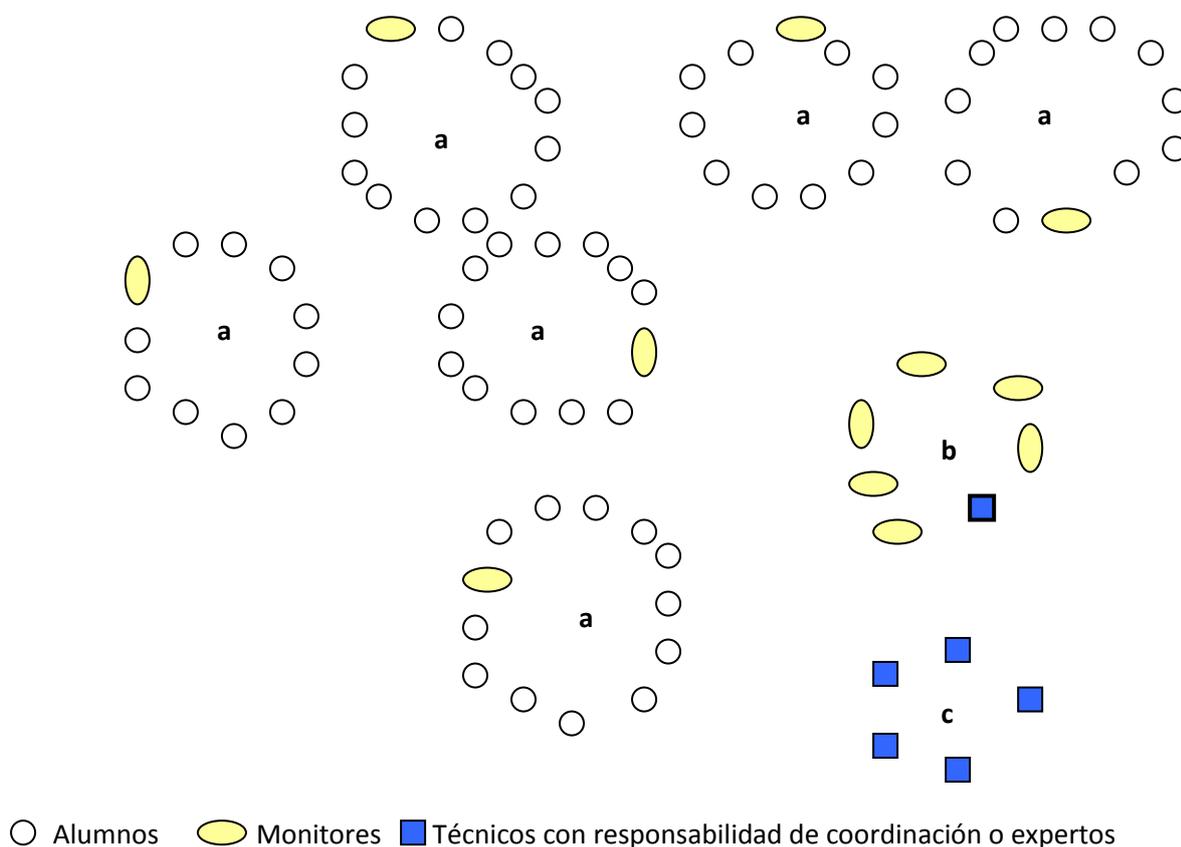
En la acción tutorial presencial, el grupo y su correspondiente monitor adquieren una importancia estratégica esencial. Salvo en acciones formativas muy específicas como el de “Educación diabetológica”, “Salud cardiovascular” o “Innovando en la gestión de la salud”, los monitores no suelen actuar como expertos sino como dinamizadores del proceso grupal de discusión, análisis o coordinador de las acciones que se puedan derivar de cada tema o sesión. A su vez, los monitores son apoyados por técnicos expertos en las unidades didácticas o talleres a tratar, y/o profesionales de los servicios de salud o de educación, que prepararan conjuntamente cada sesión grupal (Figura 3.2., 3.3. y 3.4.).

Figura 3.3. El Sistema ECCA de Enseñanza a Distancia



Innovando en la gestión de la salud, como en algunas otras orientadas a los servicios y acciones de salud, que requieren un cierto nivel de especialización, se cuenta con el técnico especialista que ha participado en la elaboración del material didáctico, también para la grabación junto al /la profesor/a.

Figura 3.4. Representación de la acción tutorial presencial: **a** grupos de alumnos con su monitor; **b**, grupo de monitores en la reunión de coordinación con el/los técnicos en una isla o distrito; **c**, equipo técnico responsable de la coordinación y gestión del curso en el archipiélago región.



Como en todo sistema, cada elemento del Sistema ECCA es una unidad física con atributos, y funciones propios, pero estrechamente vinculado con el resto de elementos, manteniendo una coherencia entre sí y con los objetivos estratégicos y administrativos.

La elaboración del contenido de cada una de las unidades didácticas es la expresión del marco teórico - filosófico en la elaboración de cada tema, y es también *estratégico*. Ello se asocia a la elección de los “casos” y de los cuestionarios que se escogen para el taller y la discusión del grupo. La elección del motivo central para la reunión de grupo como podría ser el análisis grupal del gasto del año anterior realizado por cada centro de salud para lo que el grupo ha de solicitar la información correspondiente a su director de su Centro, la identificación de lo que se está haciendo bien en un centro hospitalario o servicio y su relación con la correspondiente Línea de Actuación del Plan de Salud. O la decisión de introducir la recomendación del uso de “bolígrafos” en vez de jeringas; o de la necesidad de la “hemoglobina glicosilada” como el parámetro adecuado, en el control y seguimiento de pacientes diabéticos, son ejemplos de la importancia estratégica del desarrollo del contenido en cada unidad didáctica.

Se produce así un sistema de tres elementos interdependientes, de modo que las posibilidades educativas de la clase grabada en radio o internet se incrementan de forma considerable tanto respecto al número de los usuarios como a los contenidos a enseñar. Por otra parte, la acción educativa resultante de este sistema de tres elementos, lejos de llamarse “educación a distancia”, aunque emplee un medio a distancia como es la radio o internet, se enmarcaría entre las modalidades de “enseñanza mixta”, mezcla de la modalidad a distancia y presencial. Actualmente, el desarrollo de las tecnologías de la comunicación permite la utilización de Internet tanto para escuchar la emisión de la clase, utilizar los esquemas y acceder a los documentos escritos, como para desarrollar actividades tutoriales.

3.5.2.3.- La organización

Uno de los aspectos más relevantes, complejos y estratégicos, por tanto de las acciones formativas con este Sistema ECCA adaptado, es la función y estructura de la organización y gestión de todo el proceso, que correspondería, en el caso de las acciones formativas en salud en Canarias, al Servicio Canario de la Salud en colaboración con la Cátedra UNITIWN-UNESCO de Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud, de la ULPGC. Los objetivos, al fin y al cabo no dejan de ser una imagen horizonte construida sobre el “debe ser”, que se formula a priori. La metodología es en sí el Sistema ECCA; complejo, pero bien definido y controlable. Sin embargo la organización va a condicionar toda la gestión del curso y es la parte más débil y sensible del engranaje. La organización que ha de ser dirigida y gestionada por un grupo voluntario esencialmente motivado como *sujetos activos* de las instituciones participantes, es algo más que eso; es el espacio particular en la que se encuentra la comunidad sanitaria como sistema: servicios de salud; concejalías de municipios; servicios de educación, organizaciones profesionales, sindicales o de personas mayores; asociaciones de vecinos y de pacientes o familiares, movimientos sociales, etc. Es una estructura de poder de combinación de estructura y procesos formales e informales, de mayor o menor gobernabilidad, de distintas concepciones culturales, teórico-metodológicas o técnicas que están determinando la “cultura sanitaria” y el proceso de “construcción social” al que se hacía referencia anteriormente (179).

La organización tiene también que ver con el modo de afrontar la elección o designación de los monitores, que deben de ser siempre voluntarios, y la conformación de los grupos de alumnos. En ese proceso no es lo mismo inscribir en los grupos a alumnos en los grupos por orden de solicitud que irlos a “buscar” en los propios servicios de salud, las instituciones, los colectivos y movimientos sociales que interesan en función del componente estratégico de los objetivos. En un curso de Alimentación y Cocina Saludable podemos decidir contar exclusivamente o de modo paralelo con las Concejalías de Salud Pública de los Ayuntamientos, para la captación de monitores y alumnos y/o buscar la adhesión del personal de los Equipos de Atención Primaria y/o de otras organizaciones sociales, de mujeres etc., para que organicen los talleres de cocina sana conjuntamente. Lo mismo

podríamos decir del curso de Salud Cardiovascular o Educación Diabetológica¹⁵ y optar por escoger a los monitores de entre “expertos”, sanitarios de los Equipos de Atención Primaria y/o entre “no expertos” de entre las asociaciones de pacientes, organizaciones de vecinos etc. Luego podremos decidir que se “apunten” los alumnos que quieran, o escoger de entre los “cupos” de pacientes de cada enfermera, o de los barrios del área de influencia del Centro de Salud respectivo. En el caso del curso sobre el Plan de Salud, ese necesario identificar a los profesionales y organizaciones que van a participar en el proceso de formulación, gestión y seguimiento del Plan de Salud en cada Área de Salud, Zona Básica , Gerencias, Ayuntamientos, Cabildos,.. y en general a los actores sociales u organizaciones existentes o emergentes y priorizando a las que tengan o puedan tener representación en los Consejos de Salud.

De este modo dotamos de mayor o menor protagonismo – objetivo estratégico – o de presencia de unos u otros elementos de esa arena política y social del entorno y de la “comunidad sanitaria” en cuestión.

Otro elemento de la organización, lo constituye la formación de los monitores que, aunque en las Conferencias de Salud solo se pudo disponer de una jornada de ocho horas, se debe realizar en un taller de 16 a 20 horas durante dos o tres días. Se prefiere su realización en un único lugar y de una sola vez, aunque esto puede ser más costoso en el archipiélago, o en una región, al requerir el desplazamiento de los monitores y coordinadores a un mismo lugar por lo que no siempre puede realizarse así. Sin embargo la eficacia es mayor al convivir entre 50 y 150 personas, en una isla o un lugar de la región, compartiendo momentos formales e informales durante el desarrollo de la formación.

3.5.2.4.-La coherencia de la acción formativa como condición de eficacia para conseguir los resultados esperados.

Por tanto, y a modo de conclusión, una de las claves en la que se fundamenta la planificación y gestión de esta tecnología innovadora utilizada en las *acciones formativas ECCA en los Servicios de Salud*, es la relación necesaria que ha de darse entre propósitos, u objetivos, método para alcanzarlo (Sistema ECCA) y la organización de las instituciones o de los recursos que se encargan de ellos. Esta relación, que Mario Testa le denomina “postulado de coherencia”, es la condición de eficacia del plan: según este postulado, los *objetivos*, de los que se explicitan en cada curso y para cada tema, van a determinar la *organización* y el sistema ECCA, fijando las condiciones para la eficacia del curso. A su vez, son condicionados por ellos. (Figura 3.2.) No obstante, esta propuesta situada en el espacio singular de la programación, es una operacionalización a una esfera meso o micro del sistema lo que constituye una modificación y, tal vez con su permiso, una humilde interpretación de su postulado que nos ha guiado en la planificación y gestión de estos programas.

Esta metodología de educación y acción participativa – a la que se añade la función investigación - se puede, de este modo entender como un “método de trabajo que se convierte en instrumento imprescindible para implicar responsablemente al individuo y al

¹⁵ Ver anexo 1 sobre breve descripción de algunos de estas acciones formativas del Sistema ECCA en salud

grupo en las acciones de defensa y promoción de la salud” o en los procesos de cambios o desarrollos organizativos y de la gestión en instituciones públicas, en este caso: obtener informaciones correctas y suficientes sobre el proceso enfermar y proteger la salud individual; ser capaz de analizar la propia realidad, del servicio o centro; la del barrio, de la escuela o del ambiente de trabajo, sacar deducciones en relación con las condiciones de vida y de salud, y actuar para transformar (180).

La conclusión a la que se ha llegado de que ninguna intervención sanitaria puede tener éxito si no se realiza a través de la colaboración y participación activa de la población puede interpretarse de distintas formas y maneras de tal modo que dicha “participación” puede conducir al refuerzo y legitimación de la estructura política-administrativa y de poder establecida, o, por el contrario, al aumento del nivel de autonomía y de conciencia de los individuos de los profesionales y la comunidad sobre los factores psicosociales, científico-técnicos, políticos y ambientales que ejercen su influencia sobre el proceso salud-enfermedad impulsando la participación activa y organizada de los movimientos y organizaciones sociales en su propia transformación y desarrollo (181).

3.6.- LOS PLANES DE SALUD Y LA PLANIFICACIÓN

Los planes de salud están concebidos como una herramienta estratégica de gestión al servicio del cumplimiento de sus funciones por parte de los servicios sanitarios. Las técnicas de planificación buscan la efectividad y la eficiencia de las acciones diseñadas y destinadas a enfrentar problemas. En España, se ha pasado del Plan Integrado de Salud, concebido por la Ley General de Sanidad de 1986, a los Planes Integrales de Salud, establecidos por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del 2003, que resultan más factibles y facilitan el consenso político-técnico(182).

No obstante, el proceso salud-enfermedad en la población es caracterizado como un fenómeno complejo y mal definido por lo que la planificación en salud es de las más complicadas por la gran cantidad de variables que entran en juego y por la incertidumbre existente acerca de sus relaciones y funciones, y por la diversidad y complejidad de las estructuras y sistemas para ofrecer una respuesta integrada y eficaz. La mayoría de las experiencias en planificación en salud han fracasado, entre otras cosas, porque intentaron aplicar herramientas que pueden funcionar bien en situaciones de alta gobernabilidad o de poder concentrado y consenso social pero que se ha mostrado poco eficaz en el sector de la salud y en escenarios como el que caracteriza el periodo actual de reformas-contrarreformas, en el Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, el poco conocimiento y la aún escasa identificación de los profesionales y de la población con los planes de salud contribuyen a la creación de su desconfianza hacia los mismos. No se sienten vinculados a ellos porque no han participado en su formulación y los viven, la mayoría de las veces, como una fuente de incoherencia. Es como si los planes fueran por un lado y la realidad por otro.

Entre las condiciones necesarias para garantizar la eficacia de los planes de salud, si se desean conseguir efectos perdurables en la salud individual y colectiva, están la participación efectiva de los profesionales, la acción intersectorial e interinstitucional con la participación activa de la ciudadanía y sus organizaciones, así como su coherencia interna entre objetivos, métodos y organización.

Tal y como plantea la Declaración de Las Palmas de Gran Canaria sobre Planes de Salud, de noviembre de 2000:

Participar es ser parte, ser sujeto de los procesos públicos. La participación ciudadana en los Planes de Salud debe explicitarse en todas las fases de su elaboración para garantizar la eficacia y efectividad de los mismos. Para ello son necesarios órganos de participación social con infraestructura y capacidad suficiente para asegurar su operatividad (183).

3.6.1.- Talleres nacionales de planes de salud

A nivel del Sistema Nacional de Salud de España, la bienal de talleres sobre planes de salud ha sido un espacio importante para el análisis y debate sobre los planes de salud en el Sistema Nacional de Salud. Han sido organizados durante casi una década desde el año 2000 al 2008 por el grupo de trabajo de planificación y políticas de salud de la Sociedad Española de Salud

Pública (SESPAS), en la Sociedad Canaria de Salud Pública. Estos eventos se realizaban como un foro restringido de técnicos, gestores y políticos de todas las comunidades autónomas, entre los que se encontraban los responsables de la planificación de los servicios regionales de salud así como de profesionales de reconocido prestigio invitados expresamente para contribuir al debate (184).

A lo largo de estas jornadas fueron obteniéndose interesantes aportaciones que han contribuido a conocer el estado de la situación y la efectividad de los planes de salud a nivel de España y resto de países de Europa, concluyéndose que no parecía haber diferencias sustanciales entre objetivos, metodologías de elaboración e implantación, y los mecanismos de participación social utilizados. Se ha podido constatar una evolución desde los llamados planes de primera generación, en que parecían enfocarse a la resolución de problemas de salud ligados con los hábitos y estilos de vida, la condición social y de género, la edad, etc., como el primer Plan de Salud de Canarias 1997-2001, hacia una nueva versión de planes integrales de prevención y control de enfermedades. Más tarde, ya en el año 2006, después de la experiencia acumulada de avances y retrocesos, se planteaba la cuestión de la efectividad en las políticas y los planes de salud y la necesaria orientación hacia planes de salud con un componente más estratégico que de enfermedades al uso, todavía siguen vigentes.

El Ministerio de Sanidad, en noviembre de 2012, presenta la estrategia del abordaje de las cronicidades, después de casi dos años de trabajo ante la necesidad de la reorientación del modelo asistencial en el SNS español hacia la continuidad de los cuidados y la integración de los subsistemas de atención primaria, especializada, socio-sanitaria etc., para su adecuación a la nueva situación epidemiológica y demográfica. Entretanto, el primer borrador de anteproyecto del III Plan de Salud de Canarias en el año 2010, la establecía como cuestión estratégica fundamental en el Área de Impacto 2., (185).

Entre las debilidades de los planes de salud se destaca el déficit en la participación tanto de los profesionales asistenciales como de gestores y de la propia ciudadanía en la elaboración, implantación y evaluación de los planes de salud (186). La necesidad de conseguir una mayor implicación y corresponsabilización de los gestores y profesionales asistenciales y de la propia ciudadanía en cuanto a la implantación real de los objetivos definidos en los planes se consideraba un crítico que debería ser sometido a estudio para la introducción de estrategias proactivas de participación y de investigación de posibles mecanismos para asegurarla:

“La participación ciudadana es una condición necesaria para la eficacia de los planes de salud. Habría que crear las condiciones necesarias para contribuir a la formación de los sujetos que han de convertirse, fuera y dentro del ámbito sanitario, en agentes del propio plan de salud. Para asegurar y garantizar la aplicabilidad de los planes de salud se necesita el apoyo de organizaciones de salud pública que ejerzan el liderazgo político y técnico”.

Otra de las conclusiones importantes de los talleres de Planes de Salud en España, tiene que ver con la necesidad de guiar con la pregunta que se hace sobre la necesidad de que las intervenciones sean respaldadas por la evidencia científica, lo cual supone un desafío importante puesto que no siempre la evidencia puede conducir las decisiones de salud y de la sanidad, en la agenda política ya que la complejidad propia de los problemas del sector ya que “los temas claves de salud no son decididos por los profesionales de salud” puesto que hay

vertientes políticas, sociales y económicas, que se salen fuera del ámbito de la racionalidad técnica propia de la planificación tradicional.

En el debate de la VI Bienal de Planificación Sanitaria y Políticas de Salud del año 2008 se plantea la necesidad de introducir estrategias y herramientas de abogacía, partenariado y gobernanza como instrumentos de acción en salud para la territorialización de los planes de salud y, en particular, para la gestión y avance en la estrategia de Salud en Todas las Políticas.

Asimismo y desde el sector salud, es la Investigación del Impacto en Salud la que se constituye como una herramienta de gran valor que permite conocer el impacto de las actuaciones de entidades públicas y privadas sobre los determinantes de la salud y con ello, sobre la salud y la calidad de vida de población en determinado momento y circunstancias. Es definida por la OMS como "una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante los que una política, programa o proyecto puede ser evaluado en función de sus potenciales efectos sobre la salud de una población y la distribución de los mismos dentro de dicha población (187).

3.6.2.- Los planes de salud de Canarias y las dificultades para la acción interinstitucional e intersectorial

El Plan de Salud es definido en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias como "el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria..." (Capítulo III de la LOSC 11/94 de 26 de Julio).

En el preámbulo del primer Plan de Salud de Canarias 1997-2001, "por qué planificar," 188se recogen claramente indicaciones orientadas a producir cambios : "Las técnicas de planificación buscan la efectividad y la eficiencia de las acciones", "...la planificación introduce aspectos de dinamismo y motivación", "...el Plan de Salud coordinará las acciones desde dentro y fuera del Sistema Sanitario", "El Plan ha de prever los cambios sociales para orientar las acciones asistenciales y de promoción de la salud". Asimismo, entre las condiciones necesarias para consolidar el Plan de Salud se mencionan la participación de la comunidad y la cooperación intersectorial entre otras: "es sabido que el abordaje exclusivo desde el sector sanitario resuelve, por lo general, tan sólo algunos problemas de salud", "se hace necesario el desarrollo de estrategias globales de carácter intersectorial si lo que se desea es conseguir efectos perdurables sobre la salud no sólo del individuo sino de la comunidad canaria en su conjunto".

En la Evaluación del II Plan de Salud de Canarias se observó que hay un déficit de cumplimiento en aquellas acciones que implican un compromiso de coordinación interinstitucional mientras que es más probable que se cumplan las acciones que comprometen para su ejecución una coordinación intrainstitucional (189). Se pudo observar una asociación estadísticamente significativa entre el grado de cumplimiento de las diferentes acciones y el que constase la vinculación contractual, de modo que cuando ésta figuraba de modo implícito o explícito en los Programas de Gestión Convenida, el grado de cumplimiento de la acción era más elevado que en aquellas acciones que no figuraba. O sea que a mayor

transversalidad de las acciones, más incumplimiento. Cuando las acciones se centran en el sector sanitario, más cumplimiento total

También, en las evaluaciones sucesivas de los Planes de Salud en el Sistema Nacional de Salud, a lo largo de diez años, se concluye que los aspectos relacionados la acción interinstitucional e intersectorial, son los más difíciles de cumplir, por lo que sus se han ido reduciendo su alcance a los objetivos y acciones dependientes del sistema público de salud, en definitiva las acciones dependientes de los servicios sanitarios (190).

3.6.3.-.- El enfoque estratégico de planificación

Metodologías tradicionales de la planificación, que pueden funcionar en ámbitos programáticos, sectoriales e institucionales bien estructurados y en contextos de alta capacidad de gobierno y de gobernabilidad han sido cuestionados por su ineficacia después de varios lustros de aplicación en países subdesarrollados, capitalistas y dependientes, caracterizados, por aquellos entonces por la inestabilidad institucional y política, baja gobernabilidad, poder compartido y conflicto casi estructural de poderes (191).

La planificación fracasa en su intento original de obtención de una regulación global, imperativa, de la sociedad. Como alternativa a la economía de mercado, la planificación realizada por los países socialistas no dejó de ser el modelo de regulación de un actor único, de un actor tecnocrático, que subordinó las relaciones intersubjetivas a una visión de desarrollo basada en el determinismo económico (192).

En la segunda mitad de la década de los 70 y en los 80, la planificación es sometida a una crítica sistemática y se configura con mayor fuerza y claridad el denominado enfoque estratégico de planificación como la tentativa de reconocimiento de la complejidad, al introducir las ideas de la superioridad delo político sobre lo económico y de la diversidad de actores- sujetos del acto de planificar. Se retoma la problemática de aquella forma de planificación - aún vigente de modo prevalente en nuestro medio - al comprobar la falta de efectividad de dichos métodos de planificación aplicada a las políticas sociales y de salud y particularmente en su aplicación en el sector público, en contraposición al sector privado. En ese planteamiento se niega la necesidad de una comprensión del mundo basada en la pluralidad al simplificar la realidad que es compleja. Los modelos de planificación global de los que se apropia el sector salud, como el CENDES/OPS referido, padecen el mismo problema según Uribe (193): *la incapacidad de totalización desde una perspectiva central de actores e instituciones dispares, con racionalidades distintas. Existe una incapacidad del Estado - o sea de la Administración en términos de la sanidad en este entorno del SNS español- de representar la diversidad mediante actos formuladores que substituyan la negociación política.*

El concepto de *problema* y de *situación* constituye elementos fundamentales de la forma de entender el proceso. Esta práctica social puede presentarse de *modo estructurado* a través de políticas formuladas, planes, programa y proyectos, o de *modo no estructurado*, esto es como un cálculo o como un pensamiento estratégico (194). La cuestión de la viabilidad política del plan, pasa a ocupar un papel central y la definición de propuestas/compromisos de acción, a depender de una articulación que se abre a una perspectiva policéntrica de análisis y de acción.

Del análisis del desarrollo estratégico de la planificación destacamos la del pensamiento estratégico en salud de Mario Testa, y la planificación estratégico - situacional (PES) de Carlos Matus.

Desde estos planteamientos nuevos, a la planificación normativa la caracterizan como un enfoque de la planificación en que la definición de objetivos, actividades y recursos no surge del funcionamiento real de la vida social, ni del análisis de la fuerza, o poder, de los actores implicados en los planes, sino a partir de la superposición de normas técnicas que se originan en diferentes vertientes del pensamiento económico y del mundo administrativo. Ese enfoque normativo propone un modelo ideal, a base de abstracciones, que se distancia de la realidad objetiva condicionando la viabilidad de la planificación al hacer una lectura rígida y estática de la interacción social que es dinámica y conflictiva (195), (Ver cuadro 1, diferencias entre la Planificación Normativa y la Planificación Estratégico-Situacional). Para Uribe, tal vez el gran mérito de la planificación estratégica hay sido sacar a la luz la necesidad del diálogo.

3.6.3.1.-.- El Pensamiento Estratégico de Mario Testa. El término de pensamiento *estratégico* aplicado a la planificación de la salud apareció, hacia fines de los años 70, como una forma de reacción superadora de los fracasos de la planificación ¹⁶y de los problemas inherentes a la formulación normativa de planes, cuyo paradigma estaba representado por el método CENDES/OPS. Esta nueva proposición, en sus primeras manifestaciones en el ámbito de salud, procede de las reflexiones de Mario Testa, quien fue también protagonista fundamental de la elaboración de ese Método cuando trabajaba en Venezuela, exiliado de la dictadura en Argentina. El proceso de evolución intelectual de Mario Testa, a lo largo de su experiencia en la planificación en salud, que va desde lo normativo, pasa por la planificación estratégica y desemboca en el pensamiento estratégico aplicado a la planificación, pudiera servir para llamar la atención sobre el hecho de que el planificador es un ser humano inserto en un contexto social que lo determina y condiciona, y que al cambiar da origen -o debería dar- a alteraciones en el pensamiento (¿ideología?) del sujeto determinado/condicionado (196).

Testa plantea la planificación como una práctica social no estructurada, que introduce la categoría analítica de *poder* como parte fundamental en la planificación y en su propósito, que es el del *cambio*, partiendo del principio de que para introducir cambios en la situación de salud y en los sistemas sanitarios es necesario disponer de poder como recurso (técnico, económico-administrativo, político) (197).

Para este autor, *lo político* es la actividad que realizan los grupos que componen la sociedad, en torno a la relación social que constituye el poder. La noción de *estrategia* que utiliza es la de *forma de implementación de una política*. Esa forma de implementación es el comportamiento de un actor social —individuo, grupo o institución— cuyo propósito es adquirir cierta libertad de acción que le permita ganar un espacio de maniobra en el cual implementar los objetivos buscados.

¹⁶ Mario Testa siempre que realiza esta reflexión sobre la planificación, aclara que se basa en su experiencia en países capitalistas, subdesarrollados y dependientes.

Así pues, una política de salud será una definición de la intención de lograr un cierto desplazamiento —o consolidación— del poder en dirección a sus componentes en el sector (técnico, administrativo y/o político) y en los ejes que caracterizan las reformas sanitarias: centralización-descentralización; público-privado; Atención hospitalaria —atención primaria de salud; gestión gerencial —gestión participativa y de salud (Ver gráfico 3.1). Pero también es el desplazamiento de las correlaciones de poder hacia grupos sociales concretos, a través de ciertos contenidos específicos —el programa o proyecto de la política— y de ciertas acciones viabilizadoras —la estrategia— dirigidas a obtener alianzas, consensos o a presentar batallas que debiliten el poder de los grupos que se oponen a esa política.

Mario Testa (198), además del diagnóstico de salud convencional, al que llama *administrativo* y más orientado al análisis de la productividad, incorpora el *diagnóstico ideológico*, relacionado con la necesidad de legitimación y el *diagnóstico estratégico* como el instrumento que debe indicar cuales son los cambios necesarios, cuales los posibles y como está conformado el poder en el sector salud, tanto en el ámbito de lo epidemiológico, de los servicios o de la distribución subsectorial del sector ¹⁷.

3.6.3.2.- - Coherencia de los planes de acción como condición para su eficacia

La pertinencia es el grado en que la argumentación y los objetivos de un proyecto son, o siguen siendo, adecuados, significativas y válidos en relación a las necesidades y preocupaciones prioritarias identificadas. La coherencia necesaria dentro del plan entre objetivos, organización y métodos de trabajo, establecen la condición de eficacia de un plan, según el Postulado de Coherencia de Mario Testa (199).

Los objetivos declarados del plan o programa determinan la organización y la metodología de trabajo a utilizar. El tipo o antigüedad de la organización (formada por determinados recursos humanos, económicos, equipos e instalaciones etc.) suele determinar las metodologías de funcionamiento y administración en países o instituciones muy consolidadas. Sin embargo en países subdesarrollados y dependientes, cuanto más débiles y jóvenes son esas estructuras organizativas, suele ocurrir lo contrario, que las metodologías que se apliquen determinan la organización porque hay más capacidad de introducir métodos o dinámicas y tecnologías que pueden modelar y orientar la construcción de nuevas instituciones, por lo que, en estos casos, el método determina la organización y no al revés. Finalmente tanto los métodos empleados como la organización condicionan el logro de los objetivos (Figura3).

La baja coherencia o incoherencia entre objetivos, organización y método puede conducir a la ineficacia de las acciones para modificar la situación inicial que se pretende cambiar sin potencialidad de cambio porque sea ineficaz para incidir en la realidad cotidiana de los hechos

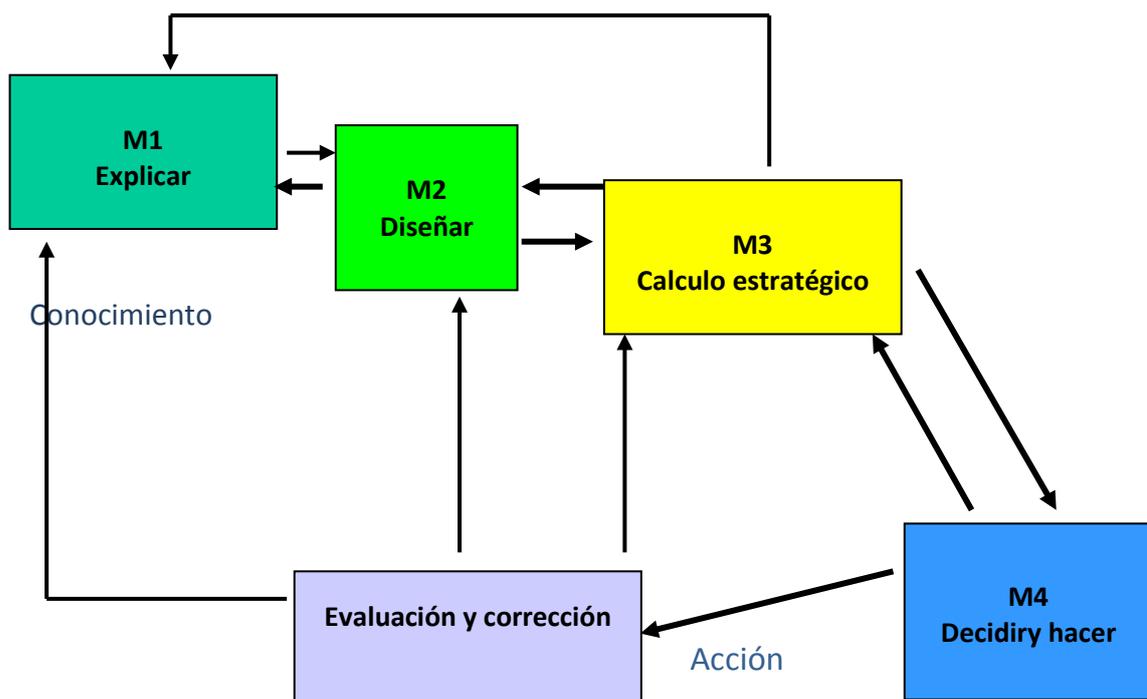
¹⁷ Este tipo de diagnósticos orienta la formulación de los objetivos del plan en las mismas categorías de objetivos: los *objetivos administrativos* tienen que ver con el crecimiento, con la productividad; o sea, con los resultados normalmente explicitados en el plan o programa respecto su objeto: salud enfermedad, desarrollos organizativos y de gestión; promoción de la salud, etc.. Los *objetivos estratégicos* tienen que ver con el cambio y específicamente con la estructura de poder en el sector: cambios de modelos organizativos, culturales profundos; estructuras y asignación presupuestarias; desplazamientos responsabilidades y competencias en la toma de decisiones, etc. Los *objetivos ideológicos o de legitimación* tienen que ver con los cambios en la ideología sanitaria o social de los actores sociales intervinientes en los procesos de planificación así como en la necesidad de legitimación del que planifica.

y en el cambio o modernización de las instituciones. En general es bastante frecuente que el componente de legitimación del objetivo sea más fuerte que el estratégico. En otros casos es frecuente que se tomen decisiones para enfrentar determinados problemas con una visión excesivamente pensada desde lo administrativo y el corto plazo sin contemplar la necesidad de incorporar dinámicas de cambio – objetivos estratégicos - en la propia organización.

3.6.3.3.- La Planificación Estratégico –Situacional (PES)

La PES se comporta de modo eficaz para funcionar en situaciones de incertidumbre y de poder compartido, para afrontar problemas complejos como los que caracterizan el sector salud. Es decir para los escenarios y situaciones en los que no se controlan todas, o la mayoría, de las variables que condicionan la eficacia del plan de acción. Tiene en común con la planificación estratégica corporativa el hecho de que en ambas se consideran varios actores en un juego de conflicto y cooperación. La PES es un método y una teoría de Planificación Estratégica de lo Público, una de las vertientes más modernas de la planificación estratégica (200).

Grafico 3.4.- Los momentos en la planificación estratégica-situacional (PES)



M1. Momento Explicativo: Predomina el “fué,” “es” y “tiende a ser”

M2 Momento Normativo: Es el momento del diseño, donde se destaca el “debe ser”

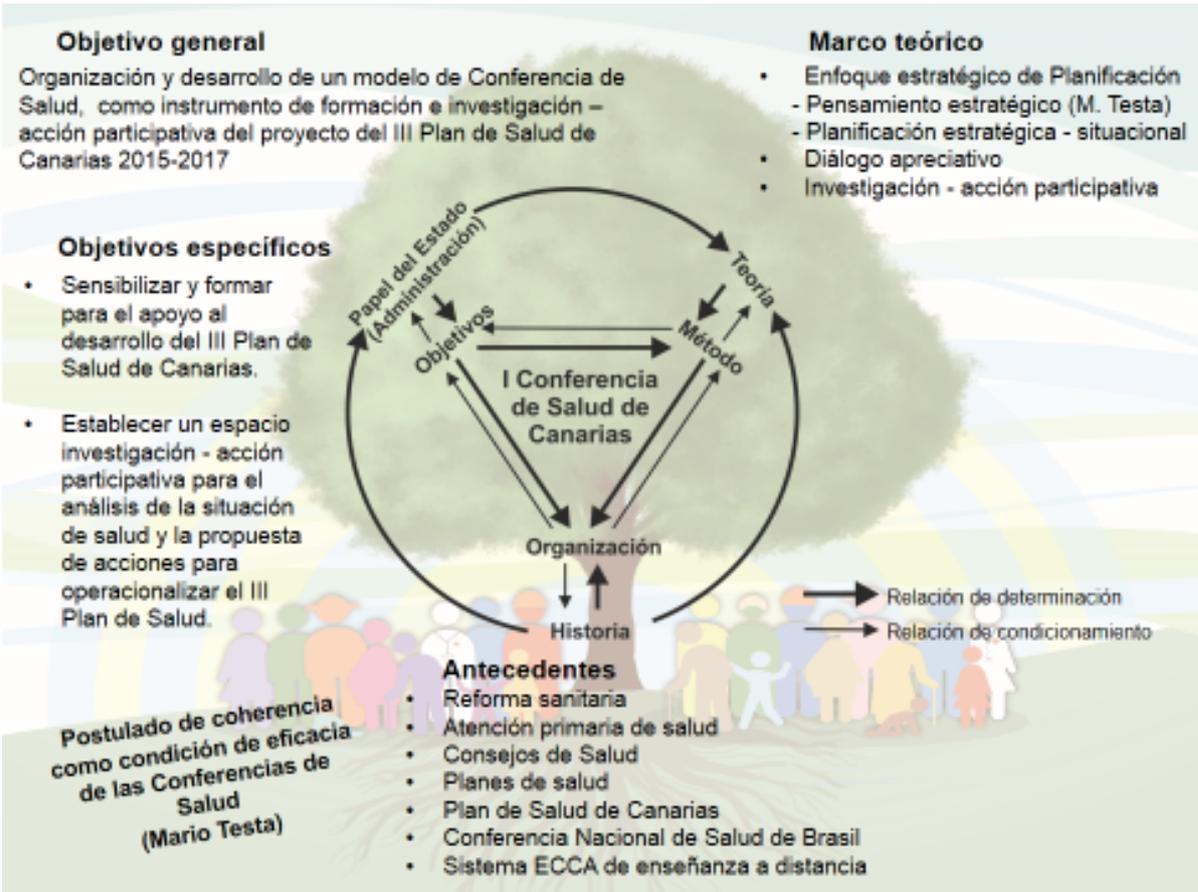
M3. Momento Estratégico: Trata de la articulación entre el “debe ser” y el “puede ser”

M4. El momento Táctico - operacional: que se refiere al “hacer”

En la PES se acepta la planificación como un proceso en el que se destacan cuatro momentos fundamentales que la caracterizan: explicativo, normativo, estratégico y táctico operacional. En el **momento explicativo** se identifican y se explican los problemas presentes en una situación dada y se observan las oportunidades para la acción, respondiendo a las preguntas *cuales* (problemas) y *por qué* (ocurren). En el **momento normativo** se definen los objetivos, las metas, las actividades y los recursos necesarios, correspondiente a lo que *debe ser* hecho. En el **momento estratégico** se trata de establecer el diseño y los procesos de actuación orientados a la creación de viabilidad organizativa, técnica, de gestión o política, para la superación de los obstáculos, expresando un *balance entre lo que debe ser y lo que puede ser* hecho. Y el **momento táctico-operacional** se caracteriza por el *hacer*, cuando la acción se realiza en toda la complejidad de lo real, requiriendo ajustes, adaptaciones, flexibilidad, informaciones, seguimiento y evaluación. Es *el momento que precede y preside la acción*.

Como las organizaciones y acciones de la salud son dinámicas, la ordenación de esos momentos no debe ser visto como etapas estancas o sucesivas. El proceso de planificación puede empezar por cualquiera de esos momentos, dependiendo de cada situación. El dominio o supremacía de un momento sobre los otros, en una determinada coyuntura o en lo cotidiano de una organización, es perfectamente admisible, pudiendo dicha conformación ser sustituida en otras circunstancias por otro orden (Gráfico3.4 y Cuadro 1)

Figura 3.5.- La Conferencia Insular de Salud y el postulado de Coherencia de Mario Testa como condición de eficacia



Fuente. Elaboración propia

3.6.4.- Diferencias entre la Planificación Normativa y la Planificación Estratégica-Situacional

Cuadro 1.- Planificación normativa y planificación estratégico - situacional. Cuadro comparativo.

PLANIFICACIÓN NORMATIVA	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICO-SITUACIONAL
<p>La planificación supone un “sujeto” que planifica un “objeto”. El sujeto es el Estado y el “objeto” es la realidad económica-social. El sujeto y el objeto planificado son independientes, y el primero puede “controlar” al segundo.</p>	<p>Es imposible distinguir tajantemente entre sujeto planificador y objeto planificado; ambos se confunden y no son independientes. En consecuencia, un actor que planifica no tiene asegurada de antemano su capacidad de controlar la realidad planificada, porque ello depende de la acción del otro.</p>
<p>El sujeto que planifica debe previamente “diagnosticar” la realidad para conocerla. Ese diagnóstico se guía por la búsqueda de la verdad objetiva, y en consecuencia debe ser único.</p>	<p>En la realidad coexisten varios actores con capacidades de planificación diferenciadas. En consecuencia, hay varias explicaciones de la realidad y todas ellas están condicionadas por la inserción particular de cada actor en dicha realidad. Ya no es posible el diagnóstico único y la verdad objetiva.</p>
<p>Toda la realidad social es explicable por medio del diseño de “modelos analíticos” basados en las relaciones sistémicas causa-efecto. Previsión y predicción son la misma cosa. La potencia del método se verifica por su capacidad de predicción.</p> <p>Toda acción es una acción-comportamiento, excepto la acción del sujeto único que planifica.</p>	<p>El actor que planifica no sólo se relaciona con las cosas, sino con otros actores que son oponentes o aliados. La predicción es, por lo general, imposible y debe ser reemplazada por la previsión.</p> <p>En consecuencia, la realidad social no puede ser explicada totalmente por medio de modelos analíticos basados en relaciones de comportamiento.</p>
<p>La planificación puede identificarse con el cálculo normativo de “diseño” de un “deber ser”, que discrepa del “tiende a ser”, que revela el diagnóstico. Sólo el Estado planifica en la búsqueda de alterar los comportamientos de los agentes económicos. El contexto del plan es la armonía y la concertación central desde el Estado.</p>	<p>Si el actor que planifica comparte la realidad con otros actores que también planifican, entonces necesariamente la planificación debe abarcar el problema de vencer o sortear la resistencia de los otros al plan propio. En consecuencia, la planificación no se puede confundir con el diseño normativo del “debe ser”, sino que debe cubrir el “puede ser” y la “voluntad de hacer”. El contexto del plan es un pasaje continuo entre conflicto, concertación y consenso.</p>
<p>Si la planificación se refiere al diseño de un “debe ser”, entonces ésta puede referirse a una normativa económico-social cierta, donde está desterrada la incertidumbre y los eventos probabilísticos mal definidos, y donde lo político puede considerarse como un marco restrictivo externo al plan económico-social; no pueden existir los “problemas cuasiestructurados”.</p>	<p>Desde el momento que la planificación de un actor se realiza en un medio activamente resistente y en conflicto con otros actores, lo normativo sólo es un momento de lo estratégico y de lo operacional, y en consecuencia, todo está plagado de fuerte incertidumbre mal definida, donde muchas veces no podemos enumerar todas las posibilidades ni asignarles probabilidades. Estamos obligados a tratar con “problemas cuasiestructurados”.</p> <p>Los problemas políticos ya no pueden considerarse como un marco o dato restrictivo de lo económico; es necesario que dichos problemas se reconozcan por medio de variables políticas endógenas en la sistemática del plan.</p>
<p>El plan es producto de una capacidad exclusiva del Estado, se refiere a un conjunto de objetivos propios y en el papel tiene “final cerrado”, porque la situación terminal es conocida, al igual que los medios para alcanzarla. Dada la certidumbre de los efectos causales, todo se reduce a cumplir el plan para alcanzar los objetivos. La racionalidad técnica debe imponerse para encontrar una solución óptima a los problemas.</p>	<p>El plan no es un monopolio del Estado. Cualquier fuerza social lucha por objetivos propios y está en capacidad de hacer un cálculo que precede y preside la acción. En consecuencia, existen varios planes en competencia o conflicto y el final está abierto a más posibilidades de las que podemos imaginar.</p>

3.6.5.- La Investigación–acción-participativa

En rigor, la metodología del *action research* ha sido aplicada como una modalidad de trabajo que genera conocimiento, que produce potencialmente cambios y que, en última instancia, es compatible con los otros tipos de metodologías como las referidas de Diálogo Appreciativo o de la Planificación Estratégico-Situacional.

El objetivo de la *investigación-acción* es producir conocimiento práctico que sea útil para la comunidad, grupo o personas para mejorar el bienestar general basado en la *participación*. Es un proceso que combina la teoría y la acción, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su situación, organización etc.; su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora (201).

En este método la investigación es concebida como un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico para estudiar algún aspecto de la realidad con una expresa finalidad práctica; la acción que no sólo es la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representa una fuente de conocimiento y una forma de intervención; la participación que significa que en el proceso están involucrados tanto los investigadores y profesionales como la comunidad considerados como sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar su propia realidad. Es por tanto, una actividad que implica, simultáneamente, una forma de investigar y la acción práctica. Se basa en que cualquier proceso de “investigación” lleve consigo alguna forma de “acción”. Ofrece la posibilidad de una forma de investigación que implica a personas, organizaciones o comunidades, en un proceso de cambio, basado en acciones profesionales, desarrollos organizativos y/ o acción comunitaria. Al mismo tiempo, supone un ideal de trabajo práctico como forma también de aprender para aquellos grupos o actores implicados en la acción (acción como investigación) (202).

Las metodologías de diálogo apreciativo y de investigación–acción participativa han sido llevadas a cabo en la primera *etapa local* (de Zona Básica de Salud –hospital-CIRPAC...) de la I Conferencia Insular de Salud, (como *etapa insular* de la Conferencia de Salud de Canarias) a través de ocho talleres vinculados a la acción formativa “Innovando en la Gestión de la Salud” del proyecto del III Plan de Salud de Canarias.

3.6.6.- Diálogo Appreciativo

La Indagación, Dialogo o Investigación Appreciativa es una es una nueva teoría del cambio con que busca lo mejor de la gente y sus organizaciones. Parte de una visión sistémica sobre la forma de intervención basada en hacer emerger las ideas de mejora, sobre la base de ejemplos positivos basados en el presente y pasado. Para su creador, David Cooperrider, es más una filosofía fundamentada en la innovación positiva en lugar de la negatividad y la crítica. Su fundamento es el diálogo, como lenguaje positivo, que busca en la memoria historias de éxito para afrontar situaciones difíciles (203).

En lugar de negación, crítica y diagnósticos, hay descubrimientos de lo positivo de hoy (*que hacemos bien*) y una visión ideal de futuro (*imagen horizonte... soñar*) así como un

compromiso de acción de mejora (que *podemos hacer o... que podemos dejar de hacer para poder hacer*). Al investigarnos, como organización, se crean espacios para que el sistema pueda transformarse. Con el Dialogo Appreciativo, se miran las fortalezas del sistema, con la finalidad de conservarlas y evitar así, que sean sacrificadas como consecuencia de una acción reactiva ante un problema.

Los Diálogos Appreciativos aportan una visión global y un conjunto de principios y creencias relacionados con el funcionamiento de los sistemas y organizaciones humanas. En cuanto concepto y enfoque, *se basan en las llamadas nuevas ciencias del pensamiento y la comprensión de una visión global, como la teoría de la complejidad, la teoría del caos, la física cuántica y los sistemas de auto-organización. No intentan, en modo alguno, constituirse en método único, sino captar la realidad de las organizaciones como sistemas afirmativos y complejos, en sus diversas conexiones, mediaciones y condicionamientos* (204).

Se sostiene que las organizaciones son sistemas afirmativos de aprendizaje y creatividad creados por el hombre para la solución de sus problemas. Inicialmente, la Indagación Appreciativa, no se planteó como idea de constituirse en un método único, sino captar la realidad de las organizaciones como sistemas complejos, en sus diversas conexiones, mediaciones y condicionamientos. Como resultado, han llegado a surgir diferentes formas de Indagación o Dialogo Appreciativo por lo que no se puede afirmar que exista que haya una única manera o técnica (205).

Los modelos de planificación e intervención social a menudo están orientados hacia los problemas. Su punto de partida es la formulación del “árbol de problemas” utilizado en la metodología del “Enfoque de Marco Lógico” (206) o el “flujograma situacional”, de la Planificación Estratégico –Situacional (PES) (207). Es decir, un estado de situación no deseable, necesidades no satisfechas u oportunidades por aprovechar, que pueden ser abordadas mediante la formulación y ejecución de proyectos públicos o privados.

Los modelos tradicionales son esenciales para conocer el contexto donde se va a intervenir, pero conllevan el peligro de ignorar la escasez de recursos que, a menudo, hacen inviables las respuestas a las necesidades identificadas (208). Sin embargo, se infravalora la enorme energía potencial de las personas, o en el caso de la planificación y gestión de los cambios institucionales, de la transformación de trabajadores o funcionarios pasivos en sujetos activos, motivados y militantes de proyectos de cambio que han podido hacer suyos.

3.6.6.1. Los cinco principios del Diálogo Appreciativo

1. *El principio constructor propone que lo que creemos que es verdad determina lo que hacemos, y el pensamiento y la acción surge de las relaciones. ... El propósito de la investigación es el de estimular nuevas ideas, historias e imágenes que generan nuevas posibilidades de acción.*
2. *El principio de simultaneidad propone que a medida que indagamos en los sistemas humanos los cambiamos ellos y las semillas del cambio, las cosas que la gente piensa y habla acerca de ellos, lo que descubren y aprenden, están implícitos en las primeras preguntas. Preguntas nunca son neutrales, son fatídicas, y los sistemas sociales se mueven en la dirección de las preguntas que con más persistencia y apasionadamente se discuten.*

3. *El principio poético propone que la vida de la organización se expresa en las historias que las personas se cuentan unas a otras cada día, y la historia de la organización está constantemente siendo co-construida. Las palabras y los temas elegidos para la investigación tienen un impacto que va mucho más allá de las palabras mismas. Invocan sentimientos, entendimientos y mundos de significado. En todas las fases del esfuerzo de investigación se ponen en uso palabras que puntualizan, animan e inspiran lo mejor de la gente.*
4. *El principio de anticipación postula que lo que hacemos hoy es guiado por nuestra imagen del futuro (Imagen horizonte). Los sistemas humanos se están siempre proyectando más allá de sí mismos, hacia un horizonte de expectativas que, como un agente movilizador, atrae poderosamente al futuro en el presente. La Indagación apreciativa utiliza la creación artística de imágenes positivas sobre una base colectiva para remodelar la realidad anticipatoria.*
5. *El principio de la positividad propone que ese impulso y cambio sostenible requiere afecto positivo y vínculo social. Sentimientos como la esperanza, la emoción, la inspiración, la camaradería y la alegría, aumentan la creatividad, la apertura a nuevas ideas y personas, y la flexibilidad cognitiva. También promueven las conexiones fuertes y las relaciones entre las personas, en especial entre los grupos en conflicto, necesarios para la investigación colectiva y el cambio (209).*

Se utiliza el Dialogo Apreciativo en el re-diseño de sistemas complejos, dónde el método de resolución de problemas tradicional es insuficiente y las conversaciones mantenidas en el sistema, necesitan avanzar hacia la creación de un diseño de futuro colectivo

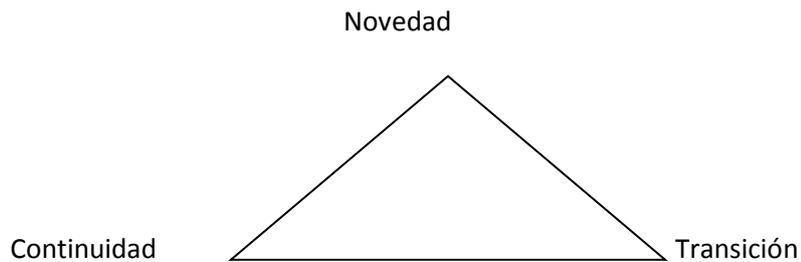
La mirada desde el Diálogo Apreciativo o Indagación Apreciativa, a las organizaciones no se realiza tanto desde la percepción de sus problemas a resolver sino desde la de una entidad que ya está haciendo muchas cosas bien y que es necesario construir sobre esa base. Con este proceso, muchos de los que se consideraban problemas ya no lo son y cuando se enfrentan los problemas reales, tener conocimiento de las fortalezas, es un primer gran paso hacia su resolución.

Su núcleo es la práctica de formular preguntas que fortalezcan la capacidad de un sistema para aprehender, anticipar y enaltecer el potencial positivo. En la metodología del diálogo apreciativo se utiliza el análisis FOAR, una matriz que conjuga Fortalezas, Oportunidades, Aspiraciones y Resultados. Este enfoque fija la atención en lo que se hace bien y saca partido de ello, abordando los problemas desde las fortalezas para conseguir diluirlo y solucionarlo, aplicando lo que sabemos hacer bien sobre lo que estamos haciendo mal. Con la metodología del diálogo apreciativo se ayuda a los equipos, promoviendo el enfoque positivo para construir capacidades, contagiar fortalezas y estimular los resultados de una organización.

3.6.4.2.- Componentes del Diálogo Appreciativo

Los tres factores que dan vida a una organización eficaz son la continuidad, la novedad y la transición. Este método se apoya en estos tres componentes.

La evidencia indica que las organizaciones más eficaces son aquellas que se apoyan en lo mejor del pasado (Continuidad), identificar y desarrollar ideas nuevas (Novedad) y poner en marcha nuevos sistemas y comportamientos en la dirección deseada (Transición).



Si se liga la energía que brinda este núcleo positivo a cualquier intento de cambio; se pueden movilizar cambios en forma repentina y democrática que nunca se creyeron posibles. Se propone este método para la elaboración de los procesos de desarrollos organizativos o de formulación y gestión de los Planes de Salud. La evidencia indica que es más generativo en ideas que el proceso tradicional.

3.7.- EL PROYECTO DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2015-2017, “PARA LA INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS”

Existe un divorcio entre teoría y acción que se reproduce entre la planificación tradicional y acción de gobierno, con la práctica u acción social. La acción de gobierno exige articular constantemente tres variables: el *proyecto de gobierno*, en este caso el Plan de Salud; la *capacidad de gobierno* y la *governabilidad del sistema* (epígrafe 5.2.2.). Estas tres variables constituyen un sistema triangular donde cada una depende de las otras (210).

En este sentido, los planes de salud en España han estado orientados fundamentalmente hacia la prevención y control de los problemas de salud pública prevalentes, y en el Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017, se da un cambio significativo marcando el rumbo para la necesaria reorientación del modelo asistencial. Con los procesos de reformas que el gobierno de España del Partido Popular, a partir del Real Decreto 16/2012, y la incertidumbre en el SNS que ello ha provocado y que se acentúa, por la crisis económica, se ha acentuado la necesidad de desarrollar reformas y cambios estructurantes. El propósito es que el sistema sanitario haga bien, o mejor, lo que tiene que hacer para conseguir optimizar su eficiencia pero también su efectividad, en cuanto a logros en resultados en salud, tanto en promoción y prevención como para la asistencia sanitaria. Sin embargo se está evidenciando, que en estos momentos de crisis global y como consecuencia del ajuste estructural impuesto a los sistemas públicos de protección social, se está produciendo un deterioro de las condiciones laborales, de vida y de salud de la población en los países del sur de Europa, y en particular en Canarias.

En esta situación, uno de los recursos críticos más importantes para avanzar en los cambios necesarios, y afrontar la crisis de subfinanciación existente, es la recuperación de la tremenda energía potencial de cambio que pueden tener los profesionales sanitarios y la ciudadanía organizada, para la legitimación interna y externa del sistema sanitario público con su implicación en el proceso de cambio. La consecuencia, no obstante es que para producir cambios, es necesario poder para cambiar y no solo en el ámbito administrativo, organizativo o normativo sino también en la estructura de poder, técnico, administrativo, cultural y político, del sector.

En este escenario, la respuesta desde la planificación en un sector, como el sanitario que en Canarias supone el 42% del presupuesto de la Comunidad Autónoma, exige enfrentar el conflicto de la racionalidad técnica con la racionalidad política, en un contexto socio-histórico canario de inestabilidad política e institucional y de conservadurismo en cuanto a la necesidad de avanzar hacia una gobernanza democrática que contribuya asimismo, al desarrollo de la capacidad de gobierno. Esta capacidad está determinada por la coherencia entre tres variables que son la capacidad de gobierno, la gobernabilidad del sistema y el proyecto de gobierno, que en el caso particular del sistema sanitario que nos ocupa es el Plan de Salud.

3.7.1.- La trayectoria político-institucional del proceso de formulación del III Plan de Salud de Canarias

3.7.1.1.- El Plan de Salud de Canarias y la interconurrencia de la política autonómica

Como fue referido en el epígrafe 3.6, el proceso de formulación, implementación y gestión de los planes de salud, constituyen un desafío teórico-metodológico y técnico para los sistemas sanitarios cuando se plantean el cambio en el rumbo de ese complejo sistema integrado por múltiples subsistemas como maquinaria de la que forman parte personas-sujetos que trabajan también en la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación de la salud de las personas –ciudadanas y usuarias, de una comunidad a la que atienden. Pero además es un sistema y una comunidad que ha de producir acciones de salud de forma eficiente, efectiva, sostenible, de calidad y aportando humanidad en el trato.

Y esa tarea no es nada fácil cuando se trata de marcar una política y desarrollar una estrategia para producir cambios en ese sistema y para lo que no solo se necesitan recursos económicos, equipamientos, profesionales materiales o insumos. Para gobernar se necesita desarrollar capacidad de gobierno, gobernabilidad del sistema y un proyecto; pero para conseguir estas condiciones es necesaria la estabilidad institucional, que depende de la estabilidad política. Y este es un reto fundamental en Canarias.

Por tanto no basta con saber lo que hay o se debe de hacer, que sí es necesario pero no suficiente porque se necesita también poder para cambiar; poder para conseguir la adhesión de profesionales, de la ciudadanía, de los gestores y de los políticos en cada una de las islas. Y para ello es necesario disponer o abrir espacios de diálogo para generar máximos espacios de consenso; para ganar y unir fuerzas en una dirección y en el sentido que les une o les puede llegar a unir gestionando las diferencias y cuando se apuesta por mejorar y defender la salud y el sistema sanitario público como derecho social básico.

El Proyecto del III Plan de Salud de Canarias del 28 de febrero de 2015 (211), trata de marcar el rumbo a un sistema que cuenta con un Servicio Canario de la Salud con más de 23 mil que trabajadores para atender a una población de 2,1 millones de personas en siete islas que reciben aproximadamente 13 millones de turistas en el año 2014. Se cuenta con siete hospitales generales, dos grandes complejos hospitalarios de referencia en las islas capitalinas; 105 Centros de Salud, un presupuesto que es el 42% del total de la Comunidad Autónoma. El gasto sanitario público consolidado en Canarias, en el año 2013 fue de 2.553 millones de euros (7 millones de euros/día), que supone el 6,3% del PIB y 1.205 por habitante en Canarias y 5.4% y 1.208 euros respectivamente, en España. Por habitante y comparando con el año 2009, se produjo una reducción de 289 euros, teniendo en cuenta que en ese año el gasto medio por habitante en Canarias fue de 1.494 euros cuando en la media de España era de 1.511 euros. Estas cantidades equivalen a un a un gasto diario, en Canarias, de 7 millones de euros (212), (213).

Además, la historia demuestra que en la planificación sanitaria hay que contar con la falta de estabilidad y la incertidumbre en el sector Salud, particularmente en estos próximos años y en el entorno de los países del entorno europeo, amenazado por las políticas de ajuste estructural, aunque se podría decir que es una situación que se viene arrastrando hacer muchos años en el SNS y en la sanidad canaria en particular (Epígrafe 3.2).

3.7.1.2.- La evidencia, de la complejidad del entorno político para la planificación en el III Plan de Salud

El relato de la evolución de los Planes de Salud desde la mirada del itinerario político en Canarias pretende poner en evidencia su complejidad teórica -metodológica.

En síntesis, El Proyecto del III Plan de Salud de Canarias del 28 de febrero de 2015 (214), es el Plan que debería ser el 5º, si se cumpliera el criterio de un plan cada 4 años. Pero solo se ha conseguido aprobar el primero, el I Plan de Salud 1997-2001. El segundo, 2004-2008, fue bloqueado por el Parlamento en su proceso de tramitación y al no cumplir el requisito de este trámite no pudo ser aprobado por el Gobierno.

Al actual Proyecto del III Plan de Salud 2015-2017, se le asigna el número tres en el orden, a pesar que debería llamársele segundo. Aunque este segundo Plan de Salud 2004-2008 no contara con la legalidad y legitimidad que le otorga el Parlamento, fue utilizado como si lo hubiera sido, porque el Servicio Canario de la Salud para confeccionar y realizar el contrato anual (Programas de Gestión Convenida), que firma el Director/a de Área de Salud con cada una de las Gerencias y Direcciones Gerencias, necesita un criterio para orientar su gestión. Ese criterio, según la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias /1994 lo determina el correspondiente Plan de Salud. O sea que muchos de los PGC que se firman cada año y desde el año 2013, de forma bienal, no han podido contar con la legalidad que obliga a tener un Plan de Salud como referencia.

3.7.1.3.- Desarrollo del proceso político e institucional de los Planes de Salud

Por el acuerdo de gobernabilidad Coalición Canaria-Partido Popular, para el Gobierno de Canarias en la legislatura 2007-2011, la Consejería de Sanidad que había estado dirigida por Coalición Canaria hasta aquel momento fue ocupada por el Partido Popular en julio del año 2007. Tres meses después dimite el nuevo Director del Servicio Canario de la Salud. El 17 de diciembre de 2007, la Consejera de Sanidad anuncia el compromiso de realización del Plan de Salud y el 13 de febrero de 2008, en el Pleno del Consejo Canario de la Salud presenta la proposición de las líneas directrices para su formulación. Un año después, el 31 de enero de 2009 el equipo coordinador del Plan, presenta al equipo de dirección¹⁸ de la Consejería el primer borrador como Plan de Salud de Canarias 2009-2014. En mayo de 2010, dicho equipo de dirección da el visto al primer anteproyecto del III Plan de Salud con un nuevo periodo de vigencia, 2010-2015. Pero cinco meses más tarde el 22 de octubre de 2010, la Consejera de Sanidad dimite, junto al resto de Consejeros el Partido Popular, al romperse el pacto de Gobierno que mantenía con Coalición Canaria. Ésta era la tercera vez consecutiva que el PP rompía su pacto de Gobierno con Coalición Canaria antes de unas elecciones (215).

¹⁸ Se le llama equipo de dirección al de los altos cargos asignados para participar en la dirección política del plan junto al equipo técnico coordinador de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS. Aunque su composición no siempre era la misma, estaba formado por el Director del Servicio Canario de la Salud, dos o tres Directores/as Generales y el Secretario General Técnico.

Durante casi 9 meses (desde el 23 de octubre de 2010 hasta el 4 de julio de 2011) un nuevo Consejero de Coalición Canaria, asume el gobierno de la sanidad junto a todo un equipo de altos cargos, incluyendo a los Directores de las siete Áreas de Salud. Después de las elecciones autonómicas, en un nuevo pacto de gobernabilidad, pero ahora con el Partido Socialista Canario – PSOE, el mismo partido político, CC, designa a una nueva Consejera que permanece en el cargo toda la legislatura. Sin embargo las tensiones internas en el partido que se acentúan con la convocatoria de primarias para la designación de candidato para la presidencia del Gobierno en las elecciones del 2015, interfieren en la dinámica interna de las relaciones de poder de las diferentes familias políticas de CC. El Proyecto del III Plan de Salud consigue aprobarse en el Gobierno pero el grupo parlamentario de CC tarda más de dos meses en convocar a la comisión de sanidad, en la que ocupaba su presidencia. La oposición rechaza las prisas y el Plan se aparca. No fue suficiente el interés mostrado por su socio de Gobierno, el PSC-PSOE que sí apoyaba claramente la tramitación urgente de un Proyecto que llevaba varios años trabajándose y con un reconocido proceso de participación en las Conferencias Insulares, a nivel técnico y social, con las más de mil personas, profesionales y ciudadanía. Precisamente el diputado que fuera en esos momentos el portavoz de dicho partido político en la Comisión de Sanidad del Parlamento de Canarias es el nuevo Consejero de Sanidad desde mayo de 2015, y ha declarado su compromiso de activar dicho Proyecto de Plan en la orientación trazada desde la anterior legislatura.

Es necesario recordar que ante cada cambio de titularidad del correspondiente departamento del Gobierno, por regla general los partidos políticos gobernantes sustituyen a los altos cargos políticos y gestores de los servicios sanitarios y entidades de la Consejería.¹⁹

Debido a la solidez de la estructura institucional del Servicio Canario de la Salud y de su inercia, la maquinaria funciona a pesar de los cambios. Sin embargo la discontinuidad histórica generada por su frecuencia, junto a otros factores asociados a la falta de profesionalización de los altos cargos en la gestión, al recurrirse más a personas por su vinculación política que por su competencia y mérito profesional, el sistema es muy poco proactivo y la instrumentalización mediática, partidista o corporativa, como la falta de un gran pacto social por la sanidad, hace muy difícil que el Gobierno controle y maneje una agenda política más allá de los temas urgentes o problematizados por dicha instrumentalización.

3.7.2.- Caracterización general del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017

El principio básico del Proyecto del III Plan de Salud, 2015-2017, como instrumento estratégico de planificación, coordinación y programación de las actuaciones del Sistema Canario de la Salud, es el impulso y la orientación del mismo, estableciendo las prioridades de política sanitaria y los objetivos básicos de salud.216. El Proyecto del Plan de Salud se plantea hacer

¹⁹ Cargos nombrados por Consejo de Gobierno dependientes de la Consejería de Sanidad: Directores/as Generales, Directores/as de cada Área de Salud (de carácter insular); Gerentes de Servicios Sanitarios para las islas no capitalinas y Gerentes de Atención Primaria y Directores Gerentes de Atención Especializada correspondientes a los dos grandes Complejos Hospitalarios, de las islas capitalinas; Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia; Director de la empresa pública Gestión Sanitaria de Canarias; Presidente, Director y Secretario de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias(ESSSCAN); Instituto Canario de Investigación –FUNCIS.

evolucionar el desarrollo organizativo del sector salud para reforzar el valor de la ganancia en resultados de salud y en eficiencia del sistema sanitario, en un contexto de crisis económica global que ha conducido a la recesión a España, y a otros países de la Unión Europea, que está afectando de forma muy importante a las condiciones de vida y salud de la población y a los sistemas sanitarios (217) (218). Este escenario de crisis ha condicionado el proceso de formulación y gestión del III Plan de Salud colocándole en una situación entre la continuidad y la necesidad de innovación, como se refería anteriormente.

El Proyecto del III Plan de Salud establece las prioridades fundamentales de la salud de la población de Canarias y del Sistema Canario de Salud, identificando los *ámbitos de intervención* y las *áreas de impacto* a enfrentar, con un sistema de indicadores, como soporte en la toma de decisiones, que permitan conocer la repercusión que ha tenido y tiene en el sistema, en la salud de la ciudadanía, en el gasto realizado o en el ahorro producido, en la satisfacción de las personas que lo usan y de los y las profesionales implicados. Dichos indicadores han de facilitar una evaluación periódica por niveles asistenciales, territorios y centros sanitarios. Asimismo, se propone una jerarquización de Líneas de Actuación por *área de impacto*, que indicarán su necesaria aplicación como normas de aplicación directa (NAD), como normas directivas (ND) o, en el caso de las recomendaciones (R), que serán consideradas opcionales para su priorización y adecuación a la situación de cada Isla en sus respectivos Planes de Salud y Programas Anuales de Gestión Convenida.

En un segundo momento, tal y como establece el epígrafe 7 del proyecto, este III Plan de Salud se desarrolla en las Áreas de Salud y ámbitos territoriales que se establezcan, una vez aprobado por las instancias correspondientes.

En la primera parte de este Plan se muestra que el Sistema Canario de la Salud tiene dos grandes tipos de retos. Unos relacionados con la salud de la población (Ámbito de Intervención I y Ámbito de Colaboración) y otros relacionados con la organización y sostenibilidad del Servicio Canario de la Salud (Ámbitos de intervención II y III). El III Plan de Salud plantea líneas de actuación en ambos tipos de ámbitos, ya que las mejoras de salud de la ciudadanía de Canarias provendrán de una combinación eficaz de intervenciones sobre la población y de la reorganización de los servicios de salud.

Además, en estos difíciles momentos, y en el que el Parlamento de Canarias tiene en su agenda el compromiso de la realización de un Pacto por la Sanidad y la tramitación de una Iniciativa Legislativa Popular por la promoción de la Salud y la Defensa de la Sanidad Pública, se considera que este III Plan de Salud *por la innovación en la gestión de la salud y de los servicios*, puede y debe considerarse como el mejor pacto. Porque integra dichas iniciativas al orientar las 31 Líneas de Actuación – correspondientes a 10 Áreas de Impacto - y 14 Líneas de Colaboración – correspondientes a 4 Áreas de Colaboración, (Gráficos 3.2 y 3.3) así como su implementación en los compromisos de acción que deberán concretarse en los respectivos Programas de Acción Convenida (PGC) de carácter bienal y de aplicación en las Gerencias y Direcciones Gerencias del SCS y de los Programas Estratégicos de las Direcciones de las Áreas de Salud que comprometen a los servicios de salud pública, seguridad alimentaria, sanidad ambiental, epidemiología, promoción de la salud, actividad concertada, etc., de las Direcciones de las Áreas de Salud.

3.7.3.- Consideraciones estratégicas en la propuesta de formulación del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias.

Este Proyecto del III Plan de Salud 2015-2017, se plantea la necesidad de reponer en la agenda de la Consejería de Sanidad la activación de un proceso de planificación a través de los instrumentos y estrategias existentes aprovechando la experiencia acumulada, pero muchas veces inconexa, de diferentes servicios y programas, para centrarlas en el desarrollo del III Plan de Salud de Canarias.

Este Plan de Salud se ha nutrido de la experiencia de los planes anteriores pero procurando en su contenido y en la metodología propuesta para su elaboración y posterior implementación, ser más coherente con los principios establecidos en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, al incorporar:

- a. Los problemas de salud de la población canaria, junto a las propuestas de acción para hacerles frente. (Enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión, obesidad y aquellas priorizadas en las Zonas y Áreas de Salud).
- b. Los problemas de organización y desarrollo de los servicios sanitarios.
- c. La territorialización del Plan de Salud potenciando la coordinación intra e interinstitucional a través del desarrollo de los Planes de Salud de Zonas Básicas y de las Áreas de Salud.
- d. La institucionalización de la participación de los profesionales y de los ciudadanos en el proceso de planificación y gestión, a través de la potenciación de metodologías participativas de gestión y de la activación los Consejos de Salud y de Dirección.

Pero además:

- Dirige la gestión de la salud y de los servicios de forma simultánea. Por tanto no sólo aborda los problemas de salud prioritarios, sino que examina y profundiza en otras formas organizativas del Sistema Canario de Salud.
- Apuesta por promover y reforzar la gestión participativa de todas las administraciones, disciplinas y colectivos profesionales, sociales y ciudadanos, comprometiéndose en líneas de actuación concretas y medibles.
- Se concibe como marco político-institucional de la Consejería de Sanidad para el desarrollo de otros planes, programas o estrategias intra e interinstitucionales que le afecten (Programa de Gestión Convenida, Programas estratégicos de las Direcciones de las Áreas de Salud; planes estratégicos, estrategias de enfermedades y factores de riesgo, etc.).
- La realización de un sistema de soporte de decisiones y de evaluación del Plan de Salud para integrar la información sobre vigilancia en salud y de la actividad asistencial y gasto, desagregado por Zonas Básicas-Municipios, Áreas de Salud, Centros y Servicios.
- La adecuación del proyecto del III Plan de Salud, aprobado en mayo del año 2010, al nuevo escenario de agudización de la crisis de la deuda y en un proceso de reformas-contrarreforma estructurales, al que se ha sometido el Sistema Nacional de Salud, desde el Gobierno de

España, marcadas de modo fundamental por las directivas de la Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional.

- Se pretende que sea el Plan de Salud del Gobierno de Canarias, aplicable por todas las Consejerías del Gobierno de Canarias, no únicamente por la Consejería de Sanidad, para asegurar que los objetivos en salud están presentes en todas las políticas. Sería oportuno también que pueda constituir la base del pacto por la salud y la defensa de la sanidad pública, que Canarias en estos momentos, más que nunca, necesita.

3.7.4.- Estructura del Proyecto del III Plan de Salud 2015-2017

Se establece asimismo un cambio de modelo de planificación que se basa en la necesidad de asegurar su operatividad e implementación en un escenario complejo de incertidumbre y en el que se plantea como prioridad la aplicación de metodologías organizativas y de gestión que contribuyan a la implicación de profesionales y ciudadanía en los procesos necesarios, para viabilizar los cambios que se proponen para la promoción y defensa de la salud y del sistema público de salud. Ello ha de producirse como una respuesta flexible sobre la base de las necesidades de cada isla. Las 10 Áreas de Impacto, junto a sus respectivas Líneas de Actuación que propone, tomarán formas diferentes en distintos lugares, centros o servicios, para concretarse en operaciones o compromisos de acción y que formarían parte, en su momento, de los Programas Anuales de Gestión Convenida, y en los Programas estratégicos de las Direcciones de las Áreas de Salud, que precisan de una lógica de implementación prudente, apoyada y evaluada. Por este motivo, se propone seguir una lógica de pruebas de demostración con el fin de pilotar nuevos modelos organizativos como los indicados en este III Plan de Salud.

Las 31 Líneas de Actuación propuestas se han priorizado en 21 Normas de Aplicación Directa (NAD) y 10 como Normas Directivas²⁰ (ND). Por otro lado, en las determinaciones para las 14 Líneas de Colaboración se han establecido 13 ND Y 1 NAD.

Tal y como está planteado, el resultado principal que se espera del Plan de Salud no es sólo la elaboración de un documento que recoja información sobre la situación de salud y del sistema sanitario así como las actuaciones para la mejora de la salud de la población, junto a un grupo de intervenciones estratégicas pautadas para llevar a término el proyecto. Su propósito fundamental es contribuir a que se constituya un *proceso "vivo"* de interacción y de investigación-acción permanente, a lo largo de los seis años en que se propone como período de desarrollo de este III Plan.

²⁰ NAD: Preceptos y directrices, (Líneas de Actuación y Colaboración) en el Plan de Salud, que tienen vocación de aplicación vinculante de directa, inmediata y prioritario desarrollo, por lo que son y han de ser, de inexcusable observancia. ND: Disposiciones del Plan de Salud (Líneas de Actuación y Colaboración) que vinculan a los centros, servicios, organismos o instituciones comprometidas en el Plan, en la consecución de compromisos de acción, resultados u objetivos concretos en un plazo determinado, dejando, sin embargo, a las autoridades internas competentes, la debida elección de la forma y los medios adecuados a tal fin.

Gráfico 3.5. Ámbitos de intervención y Áreas de Impacto del proyecto del III Plan de Salud de Canarias

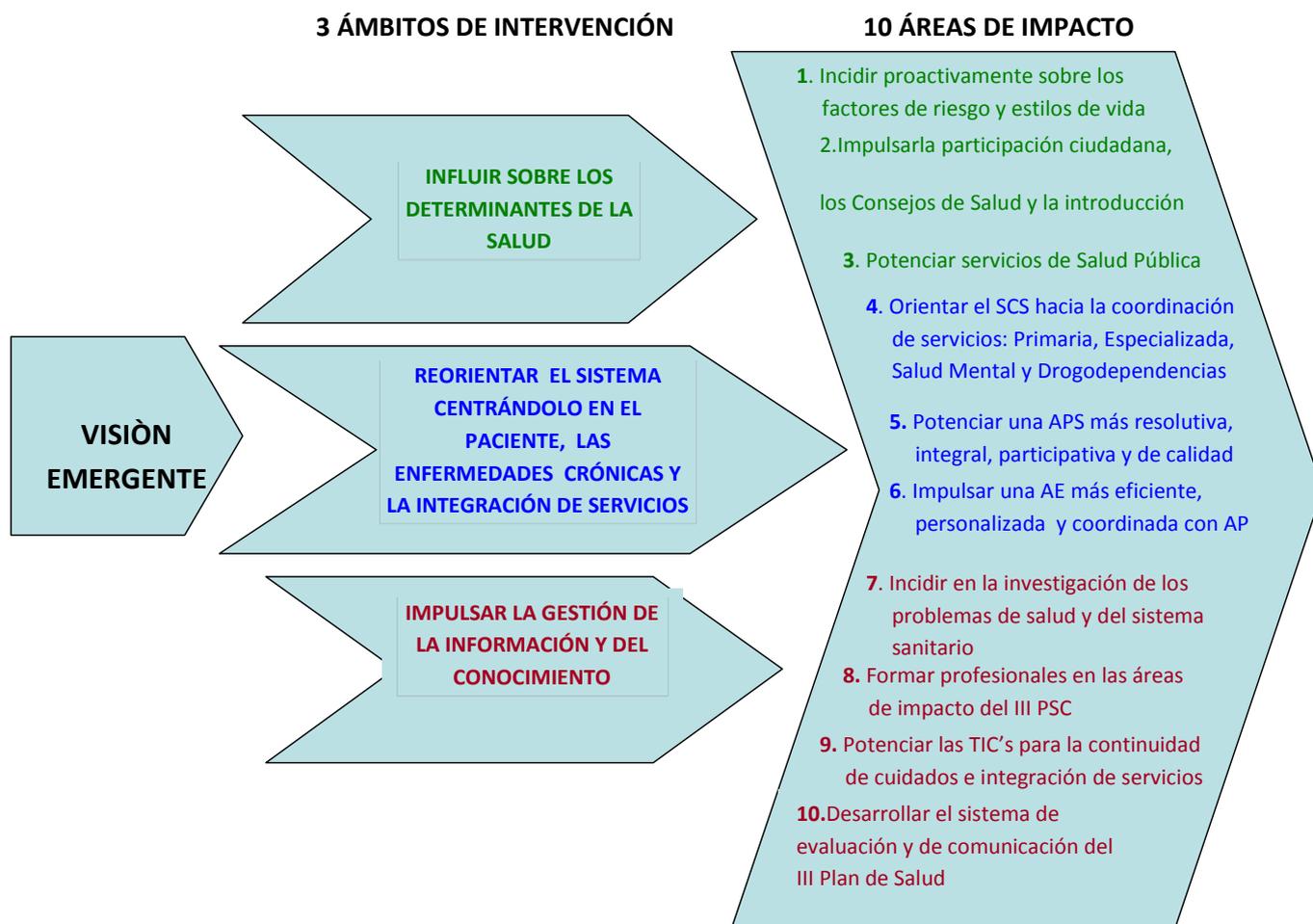
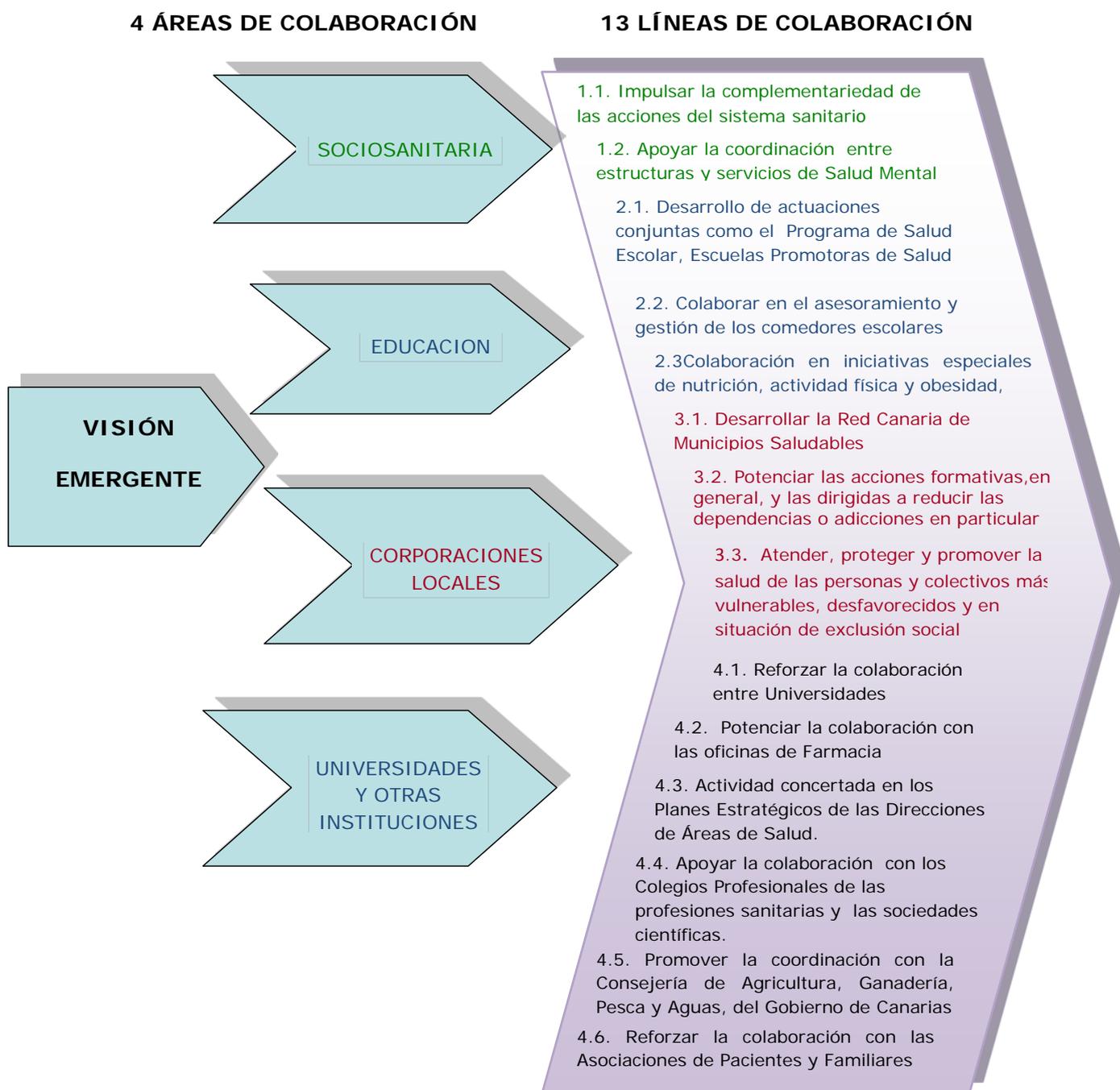


Grafico 3.6.- La visión de futuro en el III Plan de Salud de Canarias: Áreas y Líneas de Colaboración del Ámbito de Colaboración del III Plan de Salud de Canarias.



3.8.- LA CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD DE BRASIL

Las Conferencias de Salud son espacios democráticos para la construcción de la política de salud, por lo tanto es el espacio en el que la sociedad, trabajadores de salud, gestores y políticos se manifiesta con la finalidad de orientar y decidir la dirección del sector salud en cada esfera del Estado, municipal, estadual o federal. Fueron instituidas en Brasil hace 78 años pero es a partir del año 1986 cuando se produce un cambio radical en su composición, democratización y orientación, hasta convertirse en las Conferencias tal y como hoy se conocen.

La Conferencia Nacional de Salud es convocada por decreto Ley de la Presidencia de la República. El Consejo Nacional de Salud, a través del Comité Organizador de la Conferencia ha preparado previamente el documento con las directrices que han de ser tomadas en consideración para la organización, deliberación y votación en cada una de las etapas de la CNS. Más que un instrumento legal de participación popular, la Conferencia representa el compromiso del gestor público con los avances necesarios en el sistema de salud y tiene como objetivos²¹ (219):

- Evaluar y proponer directrices de la política del sector salud.
- Discutir temas específicos para proponer nuevas directrices para las políticas de salud.
- Elegir, en la etapa de Conferencia Municipal de Salud, a los delegados para las Conferencias Estaduales y Nacionales, según corresponda.

Fue en el año 1990, y a partir de la Ley 8080 que desarrolla el Sistema Único de Salud (SUS), cuando la Conferencia de Salud y los Consejos de Salud se constituyen como órganos de dirección colegiada y participativa en cada uno de los esferas de la estructura del Estado, municipal, estadual y nacional. Mientras que las Conferencias proponen directrices para la formulación de políticas de salud a partir de la evaluación de la situación de salud, los Consejos de Salud formulan las estrategias y controlan la ejecución de las políticas de salud en las esferas correspondientes, municipal, estadual o federal. Las estructuras ejecutivas u órganos gestores del SUS implementan las políticas y homologan las deliberaciones de los Consejos de Salud (220).

La Conferencia de Salud se reúne cada cuatro años, convocada por la Presidencia de la República o, extraordinariamente, por esta o por el Consejo Nacional de Salud. Se realiza con la representación delegada de los diversos grupos sociales, para evaluar la situación de salud y proponer directrices para la formulación de políticas de salud en las esferas y planes de salud

²¹CONASEMS: La Confederación Nacional de Secretarios Municipales de Salud –CONASEMS– es el órgano de representación de las entidades municipales para tratar asuntos relacionados con la Secretarías Municipales de Salud (Equivalente a las Concejalías de Ayuntamientos en España) en los órganos deliberativos y consultivos de la dirección nacional del Sistema Único de Salud, en especial en el Consejo Nacional de Salud. Su objetivo es el de analizar, debatir y aprobar la política nacional de salud y su financiación, abogando por la descentralización de las acciones y servicios de salud y la autonomía de los municipios para planificar sus acciones y servicios, aprobar su Plan de Salud, de acuerdo a su realidad local, con el apoyo técnico y financiero de la Unión y de los Estados, (Ley8080/90 de Brasil)

correspondientes. El desarrollo de los Consejos de Salud y de las Conferencias de Salud ha contribuido a consolidar una de las políticas públicas más importantes para la protección y cohesión social de un país, como es la de la salud, en términos de descentralización, democratización y de movilización política.

Se ha conseguido avanzar desde una época más orientada a la reformas de la organización administrativa del Estado, en que la participación en la formulación de las políticas, la planificación y la gestión estaba reservada a los gestores y al aparato burocrático institucional y corporativista del sector salud, hacia la idea de un sistema integrado de participación y deliberación inclusiva en la construcción deliberativa de la agenda común de política pública en el sector salud (221).

3.8.1.- Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil

La instauración en Brasil de los mecanismos de participación social tiene su inicio en el año 1937 con la aprobación de la Ley nº 378 que instituye el Consejo Nacional de Salud y las Conferencias Nacionales de Salud y de Educación. Con ellas se inician las Conferencias de Políticas Públicas que estaban más orientadas a desarrollar la integración centralizadora de las tres esferas político administrativas, municipal, estadual y federal o nacional, de la República Federativa, que a la democratización de sus estructuras (222). La primera Conferencia Nacional se realizó dos años después, en el año 1941, y desde entonces hasta finales de 2012 se realizaron 126 Conferencias Nacionales referidas a 45 temáticas diferentes. Además de estas, tuvieron lugar miles de Conferencias Estaduales o Municipales que contaron, según datos oficiales, con millones de personas. Sin embargo, solo a partir del año 2003, con el gobierno del (PT) Partido dos Trabajadores con Lula da Silva, las Conferencias de Políticas Públicas ganaron en regularidad e intensidad (223).

Esta trayectoria histórica pone de manifiesto el largo proceso de acumulación de fuerza que ha supuesto el desarrollo de esta democracia participativa, a través de los espacios institucionales de participación y representación en torno a un determinado ámbito o agenda política que cambió en Brasil tras la Constitución de 1988.

Se crearon numerosos mecanismos, espacios e instituciones participativas como presupuestos participativos, audiencias públicas, consejos gestores de derechos o de políticas públicas, planos directores..., que densificaron la participación fundamentalmente a nivel local (224).

Las Conferencias de Políticas Públicas cuentan con un grado diferente de incidencia en el proceso legislativo o ejecutivo y han supuesto una transformación del escenario de participación en Brasil. Son convocadas por ley, decreto, convocatoria ministerial o interministerial o resolución del Consejo de Políticas Públicas competente y buscan promover la deliberación para la formulación de directrices de las políticas públicas, fundamentalmente planes nacionales.

3.8.2.- Perspectiva histórica y trascendencia política de las Conferencias Nacionales de Salud

La I Conferencia Nacional de Salud (CNS) se realizó en 1941, la II en el año 1950, y la III CNS trece años más tarde, en el año 1963. Hasta entonces estos encuentros no tuvieron gran fuerza política, pues sus contenidos giraban en torno a cuestiones más técnicas, propuestos desde el ámbito de la Administración del Ministerio de Salud (225). Precisamente en la III CNS, del año 1963, el debate se constituye en una experiencia significativa de ejercicio de la democracia cuando el sector salud pasó a discutir la descentralización y la municipalización.

Un año más tarde, en 1964, se produce el golpe de Estado suspendiéndose las garantías institucionales que inviabilizan el desarrollo de este evento que se había sido instituido por la Presidencia de la República para facilitar el reconocimiento de las actividades concernientes, en este caso a la Salud, realizadas en el país y orientar al gobierno federal en la ejecución de los servicios y el apoyo necesario en esas áreas.

En los años de la dictadura militar de 1967, 1970, 1975 y 1980 se realizaron cuatro Conferencias Nacionales de Salud. En el año 1970, y después de más de 30 años de funcionamiento irregular y burocrático, se entró en una segunda etapa (Decreto 67300/70) que le atribuye, en particular al Consejo Nacional de Salud un alcance, estructuras y funciones más definidas, pero meramente consultivas y dentro del ámbito del Ministerio, tratando de compatibilizarle con el proceso de modernización conservadora que se desarrollaba en el país (226). De 1970 a 1990 tanto el Consejo Nacional de Salud como las Conferencias tuvieron poca importancia para la vida sectorial. Mantuvieron un *crecimiento casi vegetativo* al margen de la convulsiones que marcaron la década de los 80 cuando el proceso político-institucional en el sector salud se movía en dirección a una reformulación radical (227).

Sin embargo, **la VIII Conferencia Nacional de Salud**, del año 1986 marcó un antes y un después en la historia de las Conferencias de Salud.²² Fue diferente de las que le antecedieron por haber sido la primera en incluir la participación de usuarios del Sistema Nacional de Salud y porque contó con las pre-conferencias municipales estatales, preparatorias de la etapa nacional, lo que amplió el ámbito de la discusión y trajo el espíritu democrático (228). Los temas centrales de la Conferencia propuestos por la Comisión Nacional de la Reforma Sanitaria, que tuvo el encargo de formular propuestas para la reordenación institucional y jurídica del sistema de salud, fueron los siguientes: “Propuesta de Contenido de Salud para la nueva Constitución Brasileña” y “Propuesta para una nueva Ley de Sistema Nacional de Salud” que condujo a la inclusión del SUS en el texto de la Constitución Federal de 1988, con sus principios organizativos y doctrinarios.

Según Sara Escorel, refiriéndose a la aportación de la VIII CNS,

Las conferencias son foros que conforman espacios de formación de opinión y voluntad políticas y actúan en la tematización de la agenda pública. Como forma de organización innovadora se constituye como espacio de negociación política y de democracia directa, de manifestación de intereses divergentes y conflictos, que posibilitan una divulgación amplia de

²² La VIII CNS fue considerada como “la pre-constituyente de la Salud”, ya que se realizaba en el momento en el que se debatía la futura constitución de la República de 1988. El nivel de concreción de la salud de su reconocimiento como un derecho del ciudadano y deber del Estado, constituyó una novedad en las características de los textos constitucionales que no suelen llegar al nivel de concreción con la que fue sancionada por la de Brasil.

los temas para la discusión en la sociedad en general e interferir en el rumbo de la política(229).

La aplicación de las propuestas de la VIII CNS conduce al cambio institucional radical a partir de sus resoluciones (230), determinando que la gestión, las acciones y los servicios del Sistema Único de Salud (SUS) han de seguir ciertos principios estructurantes y de acuerdo con las directrices para la política de salud establecida en la nueva Constitución Federal de 1988.

En el año 1990, y en aplicación de las directrices aprobadas en la VIII CNS, se regula la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud, (Ley Orgánica de Salud 8.080/90 y la ley 8.142/90 que la regula) a través de la realización de la Conferencia Nacional de Salud cada cuatro años para evaluar la situación de salud y proponer directrices para la formulación de la política y los planes de salud, además de instituir al Consejo de Salud como órgano colegiado de carácter permanente y deliberativo (231). Con la VIII CNS entra en vigor la composición paritaria entre representantes de los proveedores - que incluye a la administración pública del SUS y proveedores privados de atención sanitaria - con la de los usuarios y demás entidades o actores sociales con representación en los Consejos de Salud, para actuar en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud en las instancias correspondiente, dentro del Sistema Único de Salud. Esto significa que las deliberaciones de la Conferencia deben servir para orientar a los gobiernos en la preparación de los planes de salud y en la definición de acciones que sean prioritarias en los ámbitos estatales, municipales y nacionales.

En palabras del Ministro de Estado da Previdencia e Asistencia Social de Brasil en el discurso inaugural de la VIII CNS (232):

A lo largo de los 45 años de historia de este evento, cuenta por primera vez con la fuerte representación de la sociedad civil, a través de sus sindicatos y asociaciones, partidos políticos y entidades de representación de vecinal. Esto es un avance significativo en relación a las conferencias anteriores, en las que había un predominio casi absoluto de los propios formuladores de la política oficial, con discusiones cerradas, cuya eficacia se podía comprobar en el precario cuadro institucional de asistencia que heredamos y en las deprimentes condiciones de salud de la población, traducidas en indicadores sociales que no coinciden con el nivel de desarrollo económico y de modernización tecnológica del País y que, sobre todo nos afecta a nosotros, en nuestra conciencia y en nuestra ética profesional.

Otra de las Conferencias fundamentales fue **la IX Conferencia Nacional de Salud** que se realiza en agosto de 1992, después de varios aplazamientos por los intentos del nuevo gobierno de la República formado tras las elecciones de 1989, de impedir los avances de implantación del Sistema Único de Salud, recogido en el texto constitucional de 1988. Dicho evento contó con la participación de más de cinco mil personas y el lema central fue: "Salud: la municipalización es el camino", y los ejes temáticos que centraron los debates fueron: "Implantación del SUS" y "Control social" (233). La consigna que motivó a los participantes y recorrió todo el proceso de desarrollo de la Conferencia fue "cúmplase la ley" exigiendo la operacionalización de la VIII CNS y el cumplimiento de la Constitución Federal de 1988. A propósito, la primera gran declaración de la "Carta de la IX Conferencia Nacional de Salud a la sociedad brasileña" fue

una reprobación al Presidente del Gobierno en esos momentos: “¡Fuera Collor!”. Por aquel entonces el “empeachment” al Presidente del Gobierno Fernando Collor de Melo por corrupción, era el asunto de la agenda política del momento. Fue obligado a renunciar a la presidencia, a pesar de que no se pudo probar su culpabilidad a nivel judicial.

En la **XIII Conferencia Nacional de Salud** se observó una gran división de intereses de los sectores que componen la sociedad civil organizada, confrontada con los gestores del SUS. Esta fragmentación responde exclusivamente, según CONASEMS, a los intereses de aquellos que entienden la salud como un bien de consumo y no como derecho de la ciudadanía.

La causa de esta diferencia es la expresión de cierto grado de miedo e indiferencia del gestor en participar de los órganos de control social, infravalorando su importancia y negando información. Estas situaciones crean espacios para enfrentamientos políticos partidarios o corporativos, minimizando la discusión de la política de salud, su construcción y su fortalecimiento. No se justifica la ausencia del gestor en estas instancias que revelan el miedo a la transparencia necesaria para el fortalecimiento de la administración pública y genera desconfianza capaz de impedir cualquier relación de construcción colectiva (234).

A modo de conclusión sobre la trascendencia política de las Conferencias Nacionales de Salud, el resultado en el año 2009, después de 23 años de la VIII CNS, se habían creado los Consejos de Salud en los 5.564 municipios del país, con un total de 72.000 consejeros y, aunque la institucionalización de los Consejos supone un paso muy importante para la democratización de la política municipal al participar, además en la toma de decisiones, se reconoce que esto no es suficiente para su democratización efectiva (235).

Entre los actores más destacados en este largo proceso de cambio político y social en el sector salud, se encuentran la Confederación Nacional de Secretarios estatales de Salud (CONASS) (236), la Confederación de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) y, particularmente el Movimiento Sanitario (237).

Este proceso de creación institucional de la salud pública ha hecho del SUS, un modelo de diseño para otras políticas públicas del país (238) y también para las reformas sanitarias de otros muchos países, en particular de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), a través del ISAGS²³ y por medio del Plan Estratégico de Cooperación en Salud de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa, en África (239) (240).

Esta mirada a la trayectoria de los consejos y a las conferencias de salud, ha permitido identificar los avances y los retos que fueron enfrentados, y que lo serán en el futuro, para que se cumpla el objetivo de garantizar el derecho a la salud de toda la población brasileña y de orientar la política de salud según los principios definidos en su Constitución,

El fortalecimiento de los espacios públicos de deliberación tiene una importancia que trasciende al sector de la salud. Son movimientos de consolidación de los valores republicanos de la mejora de la democracia en nuestro país (CONASS) (241).

3.8.3.- La XV Conferencia Nacional de Salud de diciembre 2015

²³ El ISAGS, es el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). (<http://www.isags-unasur.org/index.php?lg=2>)

La próxima XV Conferencia Nacional de Salud a celebrar en el mes diciembre del año 2015 tiene por lema, "Salud pública y de calidad para cuidar bien de las personas: un derecho del pueblo brasileño". Según la Presidenta del Consejo Nacional de Salud de Brasil, esta CNS se propone movilizar y establecer un diálogo con la sociedad brasileña sobre el derecho a la salud y la defensa del Sistema Único de Salud, incluyendo el fortalecimiento de la participación de las personas que ya trabajan en las esferas la salud pública; profundizar en el debate sobre las reformas necesarias para la democratización del Estado y de la sociedad brasileña, especialmente las relativas a la industria y la política de salud; construir y resolver, de manera participativa, las bases del Plan Plurianual (PPA) y los Planes de Salud (SNP, PSA y PMS); y, por último, el fortalecimiento del papel del control social en salud como un mecanismo de la democracia participativa (242).

Existe una gran preocupación en los sectores vinculados al Movimiento Sanitario y sociedades científicas como Abrasco (Asociación Brasileira de Saúde Coletiva) por el retroceso en los avances producidos hasta ahora en el desarrollo del SUS. Las medidas que está promoviendo el actual gobierno federal de coalición se orientan a la reducción de la financiación al SUS y hacia las concesiones a las empresas proveedoras privadas de servicio como la instauración de la externalización de servicios sanitarios, tanto en el servicio público como en el privado (243). Las Conferencias Municipales de esta XV CNS revelan diferencias regionales y estimulan debates sobre el reto de proteger el SUS de estas amenazas privatizadora que plantea un proyecto de ley en tramitación. La manifestación de preocupación del presidente de Abrasco, Gastão Wagner de Souza, en la entrevista que le realiza la revista RADIS, cuando se le pregunta por los temas que el congreso de Abrasco ha preparado para la Conferencia, es muy elocuente. Se realiza en el contexto de la difícil situación por la que atraviesa el *Sistema Único de Saúde*, y al importante papel político que juega la Conferencia Nacional de Salud (244):

La discusión sobre financiación ya fue articulada con el Consejo Nacional de Salud. La Carta de Abrasco, también mira en esa dirección. Jairnilson Paim (profesor de la Universidad Federal de Bahía) habló de que nosotros estamos perdiendo de 7 a 1 con el capital para el conservadurismo, y el "uno" va a depender de lo que hagamos en la Conferencia. Yo diría que está 7 a 2, 7 a 3... Soy un poco más optimista (risas). Las Conferencias de Salud han sido la síntesis de varios movimientos sociales que tiene prioridades diferentes, pero tienen que componerse y unirse para conseguir efectividad política, presionar a los gobiernos, parlamento, influenciar a la sociedad civil. Espero que la conferencia tenga nuevamente ese papel de crear una plataforma de derechos sociales y de derecho a la salud, que nos unifique.

3.8.4.- La organización y el funcionamiento de las Conferencias Nacionales de Salud

Las Conferencias, como se ha hecho referencia, tienen como objetivo principal evaluar la situación de salud y proponer directrices para la formulación de la política de salud en las tres esferas de gestión: municipal, estadual y federal, orientado por el Consejo Nacional de Salud. Este Consejo propone los ejes temáticos que determinan la estructura y contenido de los debates a desarrollar en las diferentes etapas, municipal, estadual y nacional o federal, sin perjuicio de que cada nivel pueda incluir otros paneles específicos, además de los generales establecidos a nivel nacional, que han de ser incluidos en las etapas anteriores.

La Conferencia Municipal de Salud, como primera etapa de la Conferencia Nacional de Salud, debe realizarse en el primer semestre del primer año de gobierno de la administración recién electa y de la toma de posesión, para que sus decisiones estén articuladas con el Plan Municipal de Salud (SMP) y el Plan Plurianual (PPA) y remitidas al legislativo para su discusión. Sus deliberaciones y directrices marcarán el rumbo de los gobiernos para los tres años siguientes y en el primer año del gobierno de la siguiente legislatura.

En el intervalo de cada cuatro años, los estados y municipios podrán realizar otras conferencias o reuniones de consejeros o delegados de acuerdo con su normativa, teniendo en cuenta que las etapas estatales y nacionales se producen durante el 3er año de gestión municipal. Se recomienda que la elección de delegados en representación del municipio se realice en esos encuentros o conferencias con la finalidad de conseguir una mayor movilización e implicación de la sociedad lo que garantiza la participación de representantes de los actores sociales previstos:

- Población, a través de los usuarios o entidades como asociaciones de vecinos, movimientos populares de salud, sindicatos y centrales sindicales, asociaciones de familiares y pacientes con patología de los derechos humanos y el medio ambiente, estudiantes, comunidad científica, etc.
- Trabajadores de la salud a través de los sindicatos, asociaciones, colegios y consejos profesionales así como de funcionarios públicos.
- Las instituciones que prestan servicios de salud.
- Los gestores del SUS.

De un modo general Ramos y Faría relacionan de forma sencilla los elementos fundamentales de los momentos de la programación de las Conferencias de Políticas Públicas, en sus tres etapas, municipal, estadual y nacional, y aplicable a las Conferencias Nacionales de Salud:²⁴

- *Acreditación: se registran los participantes y reciben la mayoría de los materiales que subsidiarán la discusión (como Reglamentos Internos, Programa, conjunto de propuestas a debatir y otras informaciones).*
- *Plenaria de apertura: presentación por parte de las autoridades y las comisiones organizadoras del proceso y las tareas a realizar. Se suceden diferentes ponencias que pretenden preparar a los participantes para la elaboración de propuestas. Posteriormente se debate y modifica el Reglamento Interno (elaborado por las comisiones organizadoras y/o Consejos de Políticas Públicas) donde se definen las reglas y los procedimientos para el funcionamiento de la conferencia.*
- *Grupos de Trabajo: en ellos los delegados e invitados (sin voto) debaten y evalúan más detenidamente las propuestas procedentes de las conferencias anteriores, modificándolas, eliminándolas o combinándolas, además de presentar nuevas propuestas (esto depende del nivel y de la política).*

²⁴ Ver también anexo 2, O'Shanahan J. J, Informe de la IX Conferencia Nacional de Salud de Brasil.1992.

- Plenaria de Cierre: *se presentan las propuestas aprobadas por los Grupos de Trabajo que serán sometidas a una nueva discusión encaminada hacia su aprobación, modificación o rechazo, mediante un intercambio de argumentos que contará con un público mucho mayor.*
- Elección de delegados: *a partir de los criterios establecidos por comisiones organizadoras, los delegados eligen a sus representantes para la próxima etapa de las conferencias hasta la nacional (última fase del ciclo). Esta elección está determinada por criterios como porcentajes de población, grado de movilización, asistentes, etc. (245)*

En un proceso que se desarrolla en eventos pre-conferencias municipales y/o por distritos, así como a lo largo de todo el periodo de las Conferencias, las entidades ciudadanas, científicas o de activistas de la salud y militantes de la Reforma Sanitaria, promueven debates y discuten propuestas con intención de crear opinión e influir, para su toma en consideración, en cada una de las etapas y, particularmente en la etapa nacional.

3.8.5.- Proceso de deliberación y votación de las propuestas por los Grupos de Trabajo en las Conferencias.

Para que cada directriz, y a continuación las respectivas propuestas, consigan la aprobación del plenario de la Conferencia, necesita el voto favorable de entre el 50% al 70% de los delegados, en cuyo caso son encaminadas a la plenaria final. Los delegados pueden presentar alegaciones para su consideración por el comité de coordinación. Por tanto, las propuestas con menos del 50% de los votos son rechazadas.

Cada una de las directrices propuestas, en los correspondientes ejes y sub-ejes temáticos, es debatida en los Grupos de Trabajo y posteriormente en las Plenarias, pudiéndose realizar aportaciones o propuestas a cada una de ellas. Tras la votación y aprobación de cada *directriz* se realiza la deliberación y votación de cada una de las *propuestas de acción* a las respectivas directrices, pudiendo igualmente ser aprobadas, rechazadas o bien se presentan reparos para su modificación. Tras la *deliberación y votación*, son elevadas a la etapa siguiente, desde la municipal a la estadual y de esta a la nacional.

Como ejemplo del resultado de este proceso, en la 14ª CNS realizada en el año 2011, de las quince directrices fueron aprobadas todas y de las propuestas a dichas directrices, se alcanzó una gran unanimidad con la aprobación del 90% de ellas, un total de 327. Como ejemplos de directrices aprobados se refieren algunas: nº 1 “Acceso y acogida en el SUS. Desafíos en la construcción de una Política Saludable y Sostenible”; nº 4, “El Sistema Único de Salud es único, pero las políticas gubernamentales no lo son: Garantizar la gestión integrada y coherente del SUS basada en la construcción de redes integrales y regionales de Salud”; nº 12, “Construir una política de Información y Comunicación que asegure la gestión participativa y eficaz del SUS”; nº 14, “Integrar y ampliar políticas y estrategias para asegurar la atención y la vigilancia de la salud al trabajador”; nº 15, “Reembolso al SUS por la atención a usuarios de compañías de seguros privados, utilizando la Tarjeta del SUS como estrategia para el cobro, y prohibir el uso exclusivo de camas públicas por estos (los) usuarios”(246).

Las *propuestas de acción* de las Conferencias son consolidadas en el Plan de Salud y en los instrumentos estatales o municipales de la gestión, según la esfera correspondiente. En la mayoría de las Conferencias Municipales, se realizan además pre-conferencias distritales con paridad de los representantes. En el caso de la 9ª Conferencia de Florianópolis, en el ámbito de la 15ª CNS, por ejemplo, se realizaron en cinco de los 12 distritos, del municipio que cuenta con unos 250.000 habitantes.

Como ejemplo, en la 9ª Conferencia Municipal de Salud de Florianópolis²⁵, con una población de 250.000 habitantes, y perteneciente al Estado de Santa Catarina, dentro del ámbito de la 15ª Conferencia Nacional de Salud del próximo mes de diciembre de 2015, participaron, durante dos días, 1.045 personas de las que 504 eran usuarios, 63 gestores, 16 prestadores de servicios y 462 profesionales. En los debates se consolidaron propuestas en tres documentos diferentes, con directrices para la formulación de la política de salud en cada una de las esferas de gestión del SUS: 72 de ámbito municipal, 22 de ámbito estadual y 14 de ámbito nacional o federal. Entre usuarios, gestores y profesionales de la salud, formaron ocho grupos de trabajo divididos en otros tantos temas.

En declaraciones del Secretario Municipal de Salud, y Presidente del Consejo Municipal de Salud, Daniel Moutinho.²⁶

La movilización realizada en los barrios, en las asociaciones de vecinos y en los centros comunitarios tuvo muy buena acogida, consiguiendo una gran representatividad. Las personas se sienten motivadas al saber que están participando en la construcción de un Sistema Único de Salud mejor...El área que más nos preocupa es de la financiación, y la propuesta que pretendemos encaminar para la Nacional es que la Unión reserve el 10% del presupuesto para financiar la salud pública. Las propuestas que tienen la intención de optimizar los flujos entre los tres entes – municipios, estados y la Unión – también pueden aportar mejoras en el corto y medio plazo para el SUS”.

3.8.6.- El papel de los Consejos de Salud en la incorporación de directrices de las Conferencias a las políticas de salud

Si a las Conferencias de Salud les corresponde la atribución de "definir las directrices para la política de salud", la transformación de estas directrices en acciones efectivas es una responsabilidad compartida entre las instituciones del Estado y los Consejos de Salud. Lo que permiten los procesos de gestión participativa o democrática, es el escuchar las preferencias y los intereses de las diferentes partes e incorporarlos en la planificación de sus actividades,

²⁵ No siempre todos los municipios han realizado Conferencias Municipales coincidiendo con las Nacionales, por lo que puede darse el caso, como el referido, que en este municipio ha habido 9 en vez de 14 Conferencias Municipales. En muchos casos, fundamentalmente en las décadas anteriores a los años 80, la discontinuidad fue mayor.

²⁶ El secretario municipal de salud es equivalente al Concejal del Ayuntamiento. En Brasil, la Sanidad incluyendo la Asistencia Sanitaria es competencia Municipal y los Consejos de Salud tienen carácter decisorio.

buscando maneras de hacerlo posible para satisfacer la mayor parte de las demandas y tratando de cumplir con el objetivo de la equidad.

La participación social en los Consejos de Salud no significa que estos deban hacerse cargo de las funciones de gestión, que corresponde a los gestores, sino que deben ser capaces de indicar si los planes, programas o actividades y presupuestos conducen o responden a los objetivos expresados por la Conferencia; si se están moviendo en la dirección propuesta y, si esto no ocurre, señalar el hecho e indicar alternativas. Desde esta perspectiva, el Consejo es, por excelencia, el lugar de la explicitación de conflictos de intereses, de la negociación y de la búsqueda de acuerdos que permitan avances en la dirección deseada (247). Aun así este proceso no está exento de dificultades (248) (249). El reconocimiento del derecho del otro ha pasado por momentos en los que los antagonismos se exageran entre los administradores, proveedores de servicios, profesionales de salud y representantes de los usuarios. En estas condiciones surgen actitudes excluyentes y prejuicios:

[...] En el lado de los directivos, la reacción inicial de incomodidad con las actividades de los Consejos, y sus calificaciones de "fundamentalistas", "corporativistas", "partidarizados" y de "obstaculizar la eficiencia de la gestión". Por el lado de los Consejos de Salud, la reacción inicial de crítica negativista directa a los gestores y la directa oposición crítica a los directivos, y su fácil calificación de "incompetencia", "burocratismo", "fisiologismo", "cooptación", "autoritarismo" y "corrupción" (250).

La importancia y la complejidad de este proceso político y de gestión de las Conferencias y de los Consejos de Salud se ha destacado por diferentes autores cuyos análisis convergen en que su institucionalización ha sido y es importante para la democratización de la política municipal de salud, ya que aumenta y diversifica el número de actores que participan en su proceso de toma de decisiones. *Sin embargo, en sí misma, es insuficiente para que el proceso de toma de decisiones sea democratizado de forma efectiva (251):*

En algunos casos, el grado de organización de la sociedad civil se comporta como una variable independiente y predefinida que explica el éxito o el fracaso de los mecanismos de participación social; hay otros casos en los que la actuación de la autoridad política es capaz de generar un contexto favorable para la movilización y la inclusión de la población más pobre y a la organización de un proceso de toma de decisiones que incorpora las cuestiones de justicia distributiva.

Esto muestra que la existencia de mecanismos formales que garanticen el derecho de la sociedad civil a participar en la definición de las políticas sociales no es suficiente para garantizar dicha participación. Pero también muestra que este panorama cambia con la presencia de una sociedad civil organizada y / o autoridades políticas comprometidas con la democracia participativa (252).

Como se ha referido con anterioridad, el marco normativo del SUS establece un modelo democrático de gestión participativa con poder de decisión y responsabilidad en la formulación y seguimiento de las políticas de Salud.

Las Conferencias Nacionales de Salud se realizan cada cuatro años, pero hay municipios que haciendo uso de sus competencias la realizan de forma bienal o solo coincidiendo con la Nacional. No obstante la influencia de la convocatoria de la Nacional es determinante para su realización.

A modo de ejemplo reseñamos algunas de las características del proceso seguido en la organización y el desarrollo de las conferencias municipales de salud del Estado de Mato Grosso. Se hace referencia al estudio “*Incorporação das Demandas Populares às Políticas de Saúde em Municípios de Mato Grosso*”, realizado en una muestra de 16 municipios de los 141 con los que cuenta el Estado y de los cuales, solo tres poseen más de cien mil habitantes. Su población es de 3.224.000 habitantes (253).

En cuanto a las variables que caracterizan el proceso se analizan aspectos relacionados con la adecuación a las normas legales, (acto legal de la convocatoria y de institución de la comisión organizadora; aprobación del reglamento de régimen interno; presencia de consejeros en la comisión organizadora; amplitud de la convocatoria de la CMS); la designación previa de delgados (realización de pre-conferencias o foros por segmentos del consejo para la designación de representantes); representatividad (proporción de representación por segmentos de acuerdo con la resolución que establece su composición); agenda previa (Utilización del lema de la 12ª Conferencia Nacional de Salud) y formalización de los resultados (publicado en el Diario Oficial, acto legal de aprobación; memoria impresa para divulgación).

La influencia de la agenda nacional de la CNS en el programa de la Conferencia Municipal es muy importante. El lema de la 12ª CNS fue “El SUS que tenemos y el SUS queremos” con una propuesta de diez ejes temáticos, que se suelen seguir en las etapas municipal y federal o nacional.

3.8.7.- Ejemplo de deliberaciones en las Conferencias Municipales y su reflejo en los planes municipales de salud. A propósito de un caso práctico.

Los 10 ejes temáticos establecidos para la 12ª Conferencia Nacional de Salud, fueron el objeto de las deliberaciones en las Conferencias Municipales de Salud y, a modo de ejemplo, recogemos aspectos relevantes de un estudio de Muller et al, realizado en el Estado de Mato Grosso (Tabla 3.1) (254).

Tabla 3.1. Clasificación de las deliberaciones y su desarrollo en acciones de los planes de salud, por ejes temáticos, de las 16 Conferencias Municipales de Salud. Mato Grosso, 2003-2004.

Eje	Deliberaciones		Acciones de los Planes de Salud	
	Nº	%	Nº	%
1. Derecho a la Salud	7	1	1	1
2. La Seguridad Social	5	1	0	0
3. La Intersectorialidad de las Acciones de Salud	101	13	21	11
4. Las tres esferas de Gobierno y la construcción del SUS	87	11	7	4
5. Organización de la Atención a la Salud	322	40	93	47
6. Control social y gestión participativa	54	7	10	5

7. El Trabajo en la Salud (de los profesionales del SUS)	138	17	36	18
8. Ciencia y Tecnología y Salud	4	0	1	1
9. La Financiación de la Salud	32	4	2	1
10. Comunicación e Información en Salud	57	7	26	13
TOTAL	807	100	197	100

Fuente: Elaboración propia a partir del informe de la investigación “*Incorporação das demandas Populares as Políticas de Saúde em Municípios de Mato Grosso*. Mato Grosso, 2007.

De las 16 Conferencias Municipales del Estado de Mato Grosso analizadas, hubo 807 deliberaciones y los resultados indican una mayor concentración de las demandas del eje 5, sobre la organización de la atención a la salud (40%), seguida del eje 7, referente a la gestión del trabajo en los servicios sanitarios (17%) y con menor preferencia el resto (Tabla 3.1). Los resultados de los sub-ejes de la organización de la atención a la salud ponen de manifiesto la importancia dada por los representantes de los usuarios y trabajadores de salud a los problemas de organización de la atención sanitaria en el SUS, incluyendo la atención básica y media y alta complejidad (Tabla xx2). Se confirma la preocupación por la insuficiencia de recursos tecnológicos en el SUS, principalmente de media complejidad y refuerzan la importancia de la estrategia de la regionalización de los servicios sanitarios para superar las deficiencias y avanzar en la complementariedad asistencial entre las diversas regiones del país. En los sub ejes del eje 7, relativo a la gestión y política de recursos humanos en los trabajadores del sector salud, se recogen las preocupaciones por la formación y cualificación (50%) y por condiciones de trabajo, estabilidad, seguridad social entre otras (50%).

Por otro lado, la clasificación de las acciones de los planes de salud, en relación a las deliberaciones aprobadas en las conferencias, indicó la existencia de 197 acciones idénticas o equivalentes a las aprobadas en las conferencias (Tabla 3.1). El eje 5 de *organización de la atención a la salud*, presenta el mayor número y proporción tanto de deliberaciones (40%), como de acciones (47%), seguida de las relacionadas con el eje 7, referida a la *situación de los trabajadores del sector salud* –trabajo en salud - (18%), con una proporción de acciones en el plan de salud (18%), semejante a las deliberaciones (17%). También se incrementa la proporción de propuestas de acciones relacionadas con la *comunicación y la información en salud* respecto a la proporción de deliberaciones (13% a 7%).

Al analizar los sub ejes de la organización de la atención a la salud, la proporción de acciones propuestas para mejorar la atención básica se incrementan considerablemente en relación a las respectivas deliberaciones (29% a 47%). Ocurre lo contrario en la atención de alta y media complejidad que se reduce proporcionalmente (34% a 24%). En el eje 7, de trabajo y salud, también llama la atención, el incremento de propuestas de acciones para el plan de formación y capacitación de trabajadores respecto a las deliberaciones (89% y 50% respectivamente) del correspondiente sub eje. Por el contrario, las demandas expresadas como *reivindicaciones laborales* descienden del 50% al 11%, de las deliberaciones a las propuestas de acciones para el plan municipal de salud (Tabla 3.2).

Tabla 3.2. Clasificación por sub-ejes temáticos de las acciones del Plan de Salud y de los Informes de Gestión relacionadas con las deliberaciones de las 16 Conferencias Municipales de Salud. Mato Grosso, 2003-2005

Ejes	Sub-Ejes	Deliberaciones		Acciones del Plan de Salud	
		N	%	N	%
5.- La organización de la Atención a la Salud	Atención Básica	94	29	44	47
	Media y Alta Complejidad	117	36	27	29
	Otras	11	34	22	24
	Total Eje 5	332	100	93	100
7.- El trabajo en la Salud	Reivindicaciones laborales	69	50	4	11
	Formación	69	50	32	89
	Total Eje 7	138	100	36	100

Fuente: Elaboración propia a partir de *Relatorio da Pesquisa "Incorporação das Demandas Populares as Políticas de Saúde em Municípios de Mato Grosso*. Mato Grosso, 2007 (Traducida por el autor de la tesis)

3.8.8.- Conclusiones y recomendaciones que se aportan para la revisión y mejora de la eficacia de las Conferencias de Salud y la Participación de la Comunidad en Salud en Brasil

Existe una abundante referencia bibliográfica sobre el valor de las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil y, en particular, de las Conferencias Nacionales de Salud, y consideramos de interés referir algunas de las que se considera de mayor significación para el objeto de la investigación que se trata. Las conclusiones de Ramos Faría en un estudio sobre las Conferencias de Salud y de Política para Mujeres se estiman pertinentes y oportunas:

... las Conferencias de Salud y de Política para Mujeres presentan dinámicas participativas, deliberativas y representativas diferentes derivadas, en parte, de sus diferentes procesos de descentralización y movilización. Pero, a pesar de las diferencias analizadas, dichas conferencias tienen varios puntos en común. Ambas promueven una dinámica participativa y deliberativa que va desde el nivel local al nacional, desafiando la literatura que plantea reticencias a la posibilidad de la deliberación y la participación en escalas superiores a la local y más allá de los minipúblicos.

El proceso de deliberación en los Grupos de Trabajo y en las Plenarias en los diferentes niveles ofrece subsidio para las etapas posteriores a través del debate sobre las temáticas propuestas. La elección de delegados en las diferentes etapas, así como la elección de las propuestas, funcionan igualmente como elementos de conexión entre los diferentes espacios y escalas del ciclo conferencista (255).

En cuanto a la formación y los aprendizajes en las conferencias:.. *En un primer momento la formación se refería a particularidades locales o al propio proceso de ambas conferencias, pero en la etapa nacional son numerosos los paneles y las ponencias que subsidiaban los debates en*

los Grupos de Trabajo y en la Plenaria, contribuyendo positivamente al desarrollo de dichas discusiones. Dentro de los Grupos de trabajo las razones esgrimidas para justificar propuestas y la circulación de informaciones sobre particularidades locales, municipales o regionales, incrementaban el conocimiento sobre el tema debatido

Respecto a la dinámica representativa, en el caso de la Salud la representatividad adquirió un marcado carácter territorial, representando fundamentalmente las propuestas y demandas elaboradas en las fases anteriores.

Las evidencias obtenidas del estudio de Ramos y... permiten concluir que, por un lado, las Conferencias forman un sistema verticalmente integrado, vinculando con éxito una etapa a otra por medio de la deliberación de las propuestas y de la representación de delegados en todos los niveles de la federación brasileña. Por otro lado si nos referimos a la integración y la coordinación entre conferencias distintas y entre conferencias, y otras instituciones participativas, como los Consejos, percibimos que desde una perspectiva horizontal, este sistema aún tiene que ser mejorado para la construcción efectiva de una política y de un sistema nacional de participación, deliberación y representación que promueva de hecho las funciones éticas, epistémicas y democráticas defendidas por la teoría en cuestión.

Tan importante como su contribución a la orientación de la política de salud, las Conferencias han tenido un papel fundamental en la construcción de la conciencia nacional sobre el derecho a la salud y a poner en valor la importancia del Sistema Único de Salud y su modelo de atención. El informe del Consejo Nacional de Secretarios de Estado de Salud, realizó un análisis sobre la evolución y perspectivas en las que destacamos de forma sintética, algunas de sus aportaciones:

- Número demasiado alto y creciente de resoluciones que dificulta o imposibilita una identificación clara de las directrices para orientar la política de salud.
- El actual formato de la Conferencia, en que todos los participantes deban discutir todos los temas, constituye una forma aparente de asegurar una amplia participación democrática, pero perjudica la profundización del debate a costa de un tratamiento superficial y retórico de las deliberaciones.
- Necesidad de reflexionar sobre el distanciamiento que se produce entre gestores, Conferencias y Consejos de Salud. Constituye un grave problema que tiende a generar paralización contraproducente de la gestión del SUS y perjuicio en la respuesta a las necesidades de salud de la población. Por este motivo se hace necesario analizar el funcionamiento de estos espacios de participación para perfeccionarlos como mecanismos democráticos y representativos del Estado. En este sentido en las resoluciones de la 13ª CNS, del año 2008, sus participantes expresan en este sentido:

La aparición de un activismo semi-profesional en torno a políticas sociales es un fenómeno común en todo el mundo. El punto es que este tipo de activismo tiende a generar un comportamiento claramente corporativo que puede distanciarse—y a

menudo se distancia – de los intereses concretos de los sectores sociales representados por los activistas (256).

- Reconocimiento de la necesidad de fijación de periodos de representación máximos para el ejercicio de la actividad del consejero, con el fin de garantizar la renovación y limitar su participación en varias áreas temáticas para ampliar el número de participantes en los diferentes espacios de control social y respetar la rotación de la participación social, *evitando vicios en la defensa de intereses propios.*

Por otro lado, y en el mismo sentido de aportar propuestas para perfeccionar y avanzar en el funcionamiento de estos espacios institucionales de gestión participativa y de control social, las resoluciones de la 12ª Conferencia Nacional de Salud del año 2003, el Núcleo de Participación de la Comunidad en la Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), presentó entre sus deliberaciones la propuesta de elaboración de la Política Nacional de Auditoría (Ouvidoria) del SUS, dirigida a integrar y fomentar prácticas que ampliaran el acceso de los usuarios al proceso de evaluación de las acciones y servicios públicos de salud. A partir de esta resolución, se redefine la *participación de la comunidad en salud* considerando que *control social y gestión participativa son partes integrante de la participación de la comunidad en el SUS, con un alcance más profundo e integrador y que se traduce no solo por el control sino también por la acción y la proposición, incluyendo la realización colectiva de los planes municipales de salud (257).*

Este núcleo de estudios de CONASEMS propone profundizar y promover un programa básico con los siguientes objetivos de actuación

- *Promover debates sobre acciones orientadas a favorecer la inclusión social de poblaciones específicas procurando la equidad en el ejercicio del derecho a la salud:*
- *Analizar y proponer formas de implementarla Política Nacional de Formación Permanente²⁷ para el control social como una estrategia para el fortalecimiento y cualificación de esta función en el desarrollo del SUS (258) (259).*
- *Promover el debate sobre la aplicación de la Política Nacional de Gestión Estratégica y Participativa en sus cuatro ejes estructurales: Apoyo a la Gestión Participativa y el control Social; Monitorización y evaluación de la Gestión; Audición y defensa del usuario (Ouvidoria); Auditoría y monitorización.*

²⁷La Política de Formación Permanente reafirma los principios democráticos del SUS en sus diferentes acciones e instituciones. Se creó para poner en práctica la atención integral y consolidar el modelo de atención propuesto por el SUS a partir de experiencias y posibilidades concretas, partiendo de las características locales y regionales, valorando el desarrollo de la autonomía y el protagonismo de los sujetos que participan en los procesos de producción de salud. Asimismo, pretende contribuir a que la formación profesional provoque el desarrollo de la crítica y la autocritica, así como la reflexión sobre el mundo del trabajo el cual reproduce la dominación en las relaciones sociales (Sarreta, F.O., 2009 y CONASEMS, 2011).

- *Defender e indicar directrices relacionadas con el formato de las Conferencias de Salud con el objetivo de deliberar solamente sobre relación los temas que tengan viabilidad técnica y financiera, reduciendo las conferencias temáticas que fragmentan el debate.*

3.9.-CONFERENCIA DE SALUD DE CANARIAS

3.9.1.- Conceptualización

El Plan de Salud de Canarias es el instrumento estratégico del Gobierno, para la planificación y coordinación y de articulación funcional de actividades para la promoción y protección de la salud, prevenir la enfermedad y afrontar el proceso de reforma, que el Sistema Canario de la Salud necesita, para asegurar la defensa de la salud y del acceso a la sanidad pública, como un derecho social básico. La Conferencia de Salud de Canarias se constituye como un foro periódico de análisis y debate sobre la situación de salud, la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios y, en definitiva, sobre la Reforma Sanitaria, para contribuir a articular a la sociedad civil, profesionales sanitarios, gestores y políticos en torno a la participación en el III Plan de Salud de Canarias y al necesario control social²⁸ de los asuntos de salud y los procesos de reforma. *Se puede definir como una tecnología de planificación estratégica y situacional, basada en metodologías de investigación – acción- participación con el apoyo del Sistema ECCA de Enseñanza a Distancia semi-presencial, para la territorialización del Plan de Salud de Canarias.*

Como foro de debate, estará abierto a todos los segmentos de la sociedad, y en particular a las entidades representadas en los diferentes Consejos de Salud y que tienen algo que ver o que decir con los problemas de salud integrados como proveedores o como usuarios del sistema sanitario en el ámbito de la Zona Básica - municipio, Área de Salud - Isla y/o Comunidad Autónoma.

En el marco del debate en la I Conferencia de Salud 2014, se orienta al reconocimiento de los hitos y logros del proceso de la reforma sanitaria en Canarias y, cada isla en particular, en los últimos 20 años; al análisis de la situación de salud en cinco grandes categorías de problemas, Salud-Enfermedad, Calidad de Vida, Salud Pública, Atención Sanitaria y Atención Socio-Sanitaria, así como en la propuesta de acciones concretas para el desarrollo de las líneas de actuación y de colaboración consideradas en las áreas de impacto y de colaboración previstas en el Anteproyecto del III Plan de Salud de Canarias. Estos procesos han de contribuir a reducir las inequidades con respecto a los grupos sociales en situación de mayor necesidad o riesgo de salud, o en situación de exclusión, aumentar la eficiencia técnica de las políticas públicas y también a perfeccionar la democracia, haciendo que los diversos actores sociales compartan las decisiones y creen instrumentos que contribuyan al desarrollo del principio de la defensa de la salud como un derecho ciudadano y deber del Estado.

²⁸Definición de *control social*: Es la capacidad que tiene la sociedad organizada de intervenir en las políticas públicas interactuando con el Estado para el establecimiento de sus necesidades e intereses y en la definición de las prioridades y metas

3.9.2.- Objetivos

Con la realización de las Conferencia se pretende conseguir los siguientes objetivos:

I.- Analizar la situación del estado de salud de la población y realizar propuestas de acción, en relación a cinco grandes categorías de problemas y orientada a la territorialización del III Plan de Salud de Canarias: de salud enfermedad cuidados; de salud pública; de calidad de vida y organización y funcionamiento de los servicios de atención sanitaria dependientes del Servicio Canario de la Salud (atención primaria, especializada hospitalaria, urgencias, salud mental, actividad concertada) así como de atención socio-sanitaria, a nivel de la Zona de Salud, Municipio, Área de Salud o Isla y de la Comunidad Autónoma.

II.- Conocer los logros alcanzados por la reforma sanitaria identificando sus problemas, sus oportunidades así como las perspectivas de la misma con el fin de que la población y trabajadores del sector salud se puedan situar de modo crítico, y a la vez constructivo, en el afianzamiento de los cambios positivos conseguidos y en el establecimiento de dinámicas nuevas, para contribuir a mejorar la calidad del servicio y su adecuación a las demandas y necesidades de la población y de los profesionales, en el marco de los Ámbitos de intervención y de Colaboración del III Plan de Salud de Canarias.

III.- Dinamizar y contribuir a la legitimación de los espacios y órganos de participación del Sistema Canario de la Salud, y en particular los Consejos de Salud y de Dirección de las Áreas, los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria, así como el Consejo Canario de la Salud .

IV.- Proporcionar mayor protagonismo a la población y trabajadores del sector salud así como de las Corporaciones Locales en la planificación, control y gestión de los problemas de salud en sus Zonas y/o servicios de influencia, contribuyendo así a reforzar la participación ciudadana y la acción en salud.²⁹

V.- Crear condiciones para completar la creación de los Consejos de Salud en las Zonas Básicas de Salud del Archipiélago, y en particular en los grandes municipios con varias Zonas Básicas en los que se aprovecharía para el establecimiento del Consejo Municipal de Salud, previsto en (260) la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias para municipios con más de una Zona Básica de Salud pero aún no desarrollados reglamentariamente.

VI.- Potenciar el desarrollo de la Red Canaria de Municipios e Islas Saludables.

²⁹Participación ciudadana:²⁹es un proceso y una finalidad en sí misma; en su dimensión de vigilancia ciudadana promueve el ejercicio del derecho a la salud, el cambio en las relaciones de poder y en el modelo de atención de la salud; en su dimensión de incidencia política promueve medidas de todo tipo para orientar el sistema hacia el derecho a la salud. Es necesario demandar al Estado la rendición de cuentas en salud y la generación de mecanismos y recursos para promover la participación ciudadana con respeto a la autonomía organizativa.

Con esta introducción el objeto de la Conferencia de Salud de Canarias se formula como la creación de “una nueva estructura participativa articuladora de los intereses de la población y de sus representantes como de los profesionales, gestores y del mundo de la política, en torno a los problemas de salud y de los servicios sanitarios”.

3.9.3.- Etapas de la Conferencia

La I Conferencia de Salud de Canarias 2014 se desarrolla en tres etapas:

1. Conferencia de Zona Básica de Salud, y/o municipal que incluye a los municipios integrados en una ZBS (mayo - septiembre 2014)
2. Conferencia Insular de Salud (octubre – noviembre 2014)
3. Conferencia de Salud de Canarias (noviembre-diciembre 2014)

Las Conferencias de Salud de Zona Básica, como primera etapa de la Conferencia, se puede considerar como el proceso desarrollado con la acción formativa y de investigación - acción, “Innovando en la Gestión de la Salud, la territorialización del III Plan de Salud de Canarias 2014- 2017”, que se implementa con Radio ECCA y el SCS desde el 21 de abril del año 2014 (261). Este proceso se desarrolla, de forma simultánea en el mismo periodo temporal, en las Zonas Básicas de Salud, particularmente en aquellas que cuenten con Consejos de Salud constituidos³⁰, así como en los Hospitales, algunas Direcciones de Área, CIRPACs y varios grupos externos. Esta etapa está sucedida por la insular, e y finaliza con la etapa autonómica. Las etapas insular y autonómica incluye la realización de talleres, en forma de paneles específicos, para el análisis de la situación de salud en cada nivel de atención y ámbitos sectoriales, así como de paneles generales de debate. En los paneles específicos se tratará la presentación, análisis y obtención de conclusiones a nivel insular, de los grupos de trabajo constituidos en Canarias. Se propone que los temas a tratar en los paneles generales de cada Conferencia Insular y en la Autonómica sean temas importantes de la agenda sanitaria del momento propuesto para su implementación por cada uno de los Consejos de Salud en sus respectivos ámbitos: Consejos de Zona, y los Consejos de Salud de las Áreas y Consejo canario de la Salud, respectivamente.

3.9.4.- El entorno

La Conferencia de Salud, como instrumento o producto, tiene un efecto de legitimación para los grupos que puedan liderar y participar en el proyecto en cada nivel, pudiendo proporcionar una mayor fuerza para el logro de otros objetivos estratégicos y de mejora de la calidad de vida de la población al viabilizar acciones de proyectos de alcance comunitario relacionadas con las Líneas de Acción y Colaboración del III Plan de Salud: creación de los Consejos de Salud de Zona y el municipal; articulación de la descentralización municipal; otorgar funciones a juntas de distrito; ganar fuerza dentro de las corporaciones para el fortalecimiento y creación del servicios o estructuras insulares de Salud Pública; aprovechamiento de la capacidad instalada de los Equipos de Atención Primaria para la realización de actividades de salud comunitaria y de Salud Pública a través de convenios Servicio Canario de Salud-Ayuntamientos

³⁰ En estos momentos son los siguientes: Vecindario y Guía, en Gran Canaria; Icod de los Vinos, Tejina-Tegueste en Tenerife; todos las ZBS de Lanzarote; y los Llanos de Aridane en La Palma.

y /o Dirección de Área de Salud y Cabildos; motivación de la población organizada para el desarrollo de programas de promoción de la salud, etc.

Por otro lado, en momentos en los que es tan importante la defensa de lo público ante la enorme amenaza de la desregulación y reducción de los sistemas de protección social, desde las diferentes instancias de la Consejería de Sanidad y estructuras del Servicio Canario de Salud, se puede ver también como una oportunidad para legitimar los logros alcanzados, dar a conocer las peculiaridades y potencialidades de la atención sanitaria pública como favorecer la creación del entramado comunitario tan difícil de lograr para la implementación de cambios o de nuevas acciones en el ámbito asistencial, sociosanitario y / o como de promoción de la salud o legitimar aquellas de gran coste y que pueden llegar a ser impopulares, como las campañas orientadas al uso racional del medicamento o de consolidar otras aumentando la información y el debate sobre el funcionamiento actual de los servicios sanitarios, etc.

Sin embargo, el entorno es un campo de fuerzas en conflicto, pero en un sector propicio a la creación de grandes espacios de consenso político y social entre fuerzas políticas y movimientos sociales contrarios. Las instituciones proveedoras (Ayuntamientos, Cabildos y Gobierno de Canarias) se encuentran gobernadas por partidos diferentes, en muchos casos. Las fuerzas políticas que están ahora en la oposición municipal, insular o autonómica - según el caso - pueden manifestar una actitud que puede ser favorable o contraria al proyecto, en función del posicionamiento por oportunidad política y por la influencia que se puede tener en las organizaciones vecinales o de usuarios etc.

Por último, es necesario considerar que la Conferencia puede contribuir a profundizar en el proceso de descentralización político- institucional al contribuir a producir un fortalecimiento del papel de las Direcciones de las Áreas de Salud y de las Zonas Básicas por un lado y del Municipio y Cabildos en su capacidad de participar en la planificación, gestión y control de los servicios de salud. Aunque la normativa vigente le otorga atribuciones en ese sentido, las corporaciones locales nunca han asumido ni manifestado interés por asumir dichas competencias cuasi decisoras. No se ha terminado de avanzar en la descentralización hacia las Áreas de Salud, por el contrario se ha producido una recentralización hacia la Dirección del Servicio Canario de Salud en la Comunidad Autónoma. El proceso de empoderamiento de las corporaciones locales y de la sociedad civil y en marcar la agenda política a la Consejería de Sanidad, induce a una cierta desconfianza desde el poder autonómico a que los municipios, sin tradición, experiencia ni “interés demostrado” por los asuntos de salud puedan asumir un protagonismo que pueda aumentar la conflictividad en el sistema, no solo por la cuestión partidista sino por el temor a las demandas clientelistas-corporativistas o locales que puedan interferir en la eficiencia de la gestión y a equidad en la asignación de recursos que pueden llegar a ser injustificados.

El proceso de territorialización del III Plan de Salud de Canarias y la Conferencia de Salud de Canarias, con la participación de los Consejos de Salud, contribuye a reforzar una visión más integral e integrada de la necesaria reorientación del sistema, abordando su democratización; desarrollo de la estrategia de las cronicidades; más salubrista y promotora de la salud, de mayor calidad y más humana. También a apoyar a formación de una población y a unos actores sociales con mayor capacidad de entender y afrontar tanto la compleja problemática

que afecta al sector, como a su implicación en la planificación, gestión y participación en la toma de decisiones tan necesaria para avanzar hacia conseguir los necesarios procesos de defensa y legitimación de nuestro actual sistema sanitario.

Por tanto, la Conferencia puede contribuir a poner en valor una orientación más democrática, salubrista y promotora de la salud, de la Reforma Sanitaria; y a hacer más crítica a una población, profesionales y a unos actores sociales hacia las tendencias desreguladoras en el actual modelo de Sistema Nacional de Salud, que están irrumpiendo con fuerza en el sector salud. Desde este punto de vista, ese aumento del *control social*³¹ del proceso reformador, aunque necesario, puede resultar incómodo y menos manipulable al reducir la asimetría de la información y el poder de influir en el mismo.

3.9.5.- Públicos al que va dirigida la Conferencia

Entre las personas y/u organizaciones que pueden tener interés actual o potencial en el proyecto establecemos fundamentalmente tres segmentos, tal y como se han configurado los grupos de trabajo que se encuentran participando en los talleres de la actividad formativa y de investigación acción, “Innovando en la gestión de la salud”:

Los Públicos internos o el nivel político-institucional representados por el Servicio Canario de Salud de la Consejería de Sanidad con sus cargos directivos y por el Alcalde y corporación gobernante del Ayuntamiento y Cabildo respectivos, en el nivel de las Áreas de Salud.

- I. Públicos intermediarios representantes de las organizaciones vecinales, de consumidores, asociaciones de autoayuda (de enfermos o familiares), asociaciones de personas mayores, representantes sindicales y de organizaciones empresariales en calidad de usuarios, organizaciones científicas, medios de comunicación etc.
- II. Representantes de los servicios: personal de Equipos de Atención Primaria y de Salud Pública del Área de Salud, servicio municipal de Salud Pública, Educación, representantes de oficinas de farmacia, prestadores privados de servicios, organizaciones sindicales en calidad de representantes de trabajadores del sector sanitario y sociosanitario, etc.

Estos tres grupos, además de que cuentan de alguna manera de representación en los órganos de participación y de dirección del SCS, se constituyen por la diferente posición que ocupan en el espacio del sector salud y entendiendo dicho espacio como una *arena política* de diálogo o confrontación. Si bien en un primer momento del proceso aparecen separados con posiciones diferenciadas, en el momento de los debates y los grupos de trabajo, durante la implementación de la Conferencia propiamente dicha, participarán conjuntamente y de modo paritario en los grupos de discusión que se organizarán en tres etapas referidas que la conforman.

³¹ Definición de control social: Es la capacidad que tiene la sociedad organizada de intervenir en las políticas públicas interactuando con el Estado para el establecimiento de sus necesidades e intereses y en la definición de las prioridades y metas.

Tanto en la etapa nivel insular, como en el Autonómico de la Conferencia, deberían participar delegados en representación de las etapas anteriores.

El comportamiento esperado de cada uno de los grupos va a depender de cómo se presente el proyecto, de la claridad de sus fines, del tipo de lenguaje utilizado y de la importancia e interés de los contenidos; que se disponga de la oportunidad de una participación efectiva y con posibilidad de que las conclusiones de la conferencia puedan ser consideradas por los órganos competentes de decisión y que sean tomadas en consideración y, eventualmente aplicadas tanto en la formulación del Plan de Salud de Canarias y en los de los niveles insular y de zona básica de salud, como en los instrumentos de contratación, colaboración, subvenciones etc., establecidos por las estructuras de gestión e instituciones colaboradoras en la acción interinstitucional e intersectorial.

3.9.6.- Diseño de la oferta

Como condición de eficacia de la Conferencia de Salud, es conveniente que los Ayuntamientos y el Cabildos, a nivel de cada isla y de acuerdo con la autoridades del Servicio Canario de Salud, en el contexto del Plan de Salud de Canarias y, en su caso, del convenio de constitución de la Red Canaria de Municipios e Islas Saludables, expliciten su compromiso con un acuerdo formal del pleno de la corporación, con un decreto de la alcaldía por la que se respalda el desarrollo y la divulgación y compromiso con las conclusiones de la misma. Esto le daría un valor añadido considerable que sería fundamental también si se acompañara de su respaldo por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a los niveles que le corresponda.

3.9.7.- Desarrollo de la Conferencia

- Cada **panel general** o mesa se presenta mediante una exposición de los resultados de la etapa local, de la conferencia en la isla, a cargo de hasta cinco presentadores, seguida de debates en la misma sesión. Estos pueden ser iniciados, como animadores del debate, por debatidores previamente invitados que exponen su punto de vista en relación a las ponencias expuestas discrepando, señalando o destacando los aspectos de mayor interés de las exposiciones.
- A continuación se crean **grupos de trabajo**, previamente constituidos por la comisión organizadora, con criterios de paridad proveedores-usuarios, tal y como está previsto en la composición de los Consejos de Salud de Zona en dicha etapa, de delegados y participantes acreditados, compuestos por un máximo de 20 miembros. Para cada uno de estos grupos la Comisión Organizadora designa a un secretario y un relator que sintetizan las conclusiones de la sesión del día y participan en la elaboración de los informes y conclusiones como componentes de las comisiones relatoras en cada uno de los niveles o etapas.
- Por la tarde y a continuación de los grupos de trabajo, tras la elaboración de las conclusiones de los grupos de trabajo, se procede a la presentación en plenario de las mismas. Como parte de las conclusiones también se realizan las recomendaciones o

sugerencias de acciones para enfrentar los problemas priorizados en cada una de las categorías o áreas temáticas escogidas para el trabajo en grupos que deberán estar alineadas a las Áreas de Impacto y de Colaboración del Proyecto del Plan de Salud.

- Se pueden crear también otros paneles específicos en los que se pretendería profundizar en aspectos técnicos, científicos y políticos relacionados con el temario central y/o indicado en la etapa previa de las Zonas de Salud y seleccionado por la Comisión Organizadora. Como ejemplo de paneles específicos, se pueden plantear en términos como los siguientes, a título indicativo: “Medio ambiente y salud: el papel del municipio, de los Equipos de Atención Primaria y la coordinación intersectorial en su desarrollo”; “Experiencias comparadas de reformas de atención primaria en distintas comunidades autónomas del estado español”; “Avances limitados de la Atención Primaria en Canarias: experiencias innovadoras destacadas que se llevan a cabo en la actualidad”; “Perspectivas de los seguros privados en el Sistema Nacional de Salud”; “El programa de Salud Bucodental: limitaciones y posibilidades”; “La situación actual y los desafíos en la Reforma de la atención a la Salud Mental”. “Los Consejos de Salud ¿Son efectivos?: una visión comparada”. “Los convenios SCS-Corporaciones Locales: importancia de su orientación estratégica. ¿Es la municipalización el camino?”
- Además de los paneles generales y específicos, y a continuación de éstos, pueden existir los **temas libres**, comunicaciones y presentación de experiencias relacionadas con el temario central así como alguna una conferencia con la que se termina la jornada.
- A continuación y durante cada día, los relatores y secretarios participan en la Comisión Relatora en la confección, en ordenador, del **informe final** de conclusiones que deberá ser presentado para su discusión y aprobación al plenario en la última jornada de cada etapa o nivel de la Conferencia.

Comité Organizador³²

La Comisión Organizadora de cada Conferencia de Salud a nivel de Isla o Área de Salud, debe estar compuesta por un Comité Ejecutivo y un Comité Consultivo presidida por el Director del Área de Salud, como Presidente del Consejo de Salud y de Dirección del Área de Salud y por el Presidente del Cabildo Insular como Presidente y como Vicepresidente respectivamente así como a dos altos cargos del Servicio Canario de Salud, dos de las Corporaciones Locales representadas en el Consejo de Dirección del Área de Salud y a dos en representación de los usuarios en el Consejo de Salud del Área. Se designará a un coordinador del Comité Ejecutivo designada por el Presidente del Consejo de Salud del Área.

³² La Conferencia se podría desarrollar en el contexto de los acuerdos para el desarrollo de la Red Canaria de Municipios e Islas Saludables promovido a través de los convenios suscritos entre la Consejería de Sanidad y los correspondientes Ayuntamientos, Cabildos Insulares y organizada por el Servicio Canario de la Salud tal y como recoge el anteproyecto del III Plan de Salud de Canarias en la Línea de Colaboración 3.1.

En el Comité Consultivo figuran como miembros representantes de las fuerzas políticas en la corporación, uno por partido políticos.

En el Comité Ejecutivo se establecen el comité organizativo y el científico. Este se ocupa de los asuntos relacionados con la organización, contenidos y esquemas de discusión, de las mesas y ponencias, de la designación y contacto con los ponentes y debatidores, etc. El comité propiamente organizativo se encarga de la gestión de los demás aspectos de la organización de la conferencia, incluyendo los aspectos de la gestión económica, del soporte físico, de la preparación del personal de contacto, relatores y secretarios de grupos, sistema organizativo, atención a los participantes y relaciones interinstitucionales, etc.

Esta estructura organizativa se constituye también para la Conferencia Municipal en los Municipios con más de una Zona Básica de Salud, sin embargo, en cada Zona de Salud se constituirá únicamente una Comisión Organizadora de Zona, equivalente en su composición y funciones a la del Comité Ejecutivo de ámbito municipal.

3.9.8.-Funciones de los monitores/as colaboradores³³ del Foro de la Conferencia Insular de Salud:

- a. Captar e inscribir a los participantes en sus correspondientes ámbitos.
- b. Participar activamente en la organización y presentación de los paneles específicos.
- c. Organizar, conducir y dinamizar las sesiones grupales en los paneles de la Conferencia; desarrollando el rol ya sea de moderador, escribiente o cronometrador en los grupos de trabajo.
- d. Elaboración de conclusiones de los correspondientes grupos.

3.9.9.-Criterios para formar los grupos de trabajo en los paneles

- a. Integración de personas con criterio de heterogeneidad (profesionales de AP, de AE, directivos de AP y directivos de AE de diferentes ZBS).
 - b. Paridad ciudadanía/proveedores y en lo posible de género.
 - c. Que cada grupo incluya profesionales y/o entidades de diferentes ámbitos.
 - d. Tamaño básico de aproximadamente 12 participantes por grupo.
 - e. Otros criterios.
- l).- Presentación de la información de los paneles específicos

³³ Se invitará a los / las monitores/as de la acción formativa “innovando en la Gestión de la Salud” a su participación como monitores en los grupos de trabajo de los paneles

4.- JUSTIFICACIÓN

La idea de desarrollar la Conferencia forma parte del proceso de formulación del proyecto del III Plan de Salud de Canarias cuando el 28 de febrero del 2008, la Consejería de Sanidad ocupada por el Partido Popular, en el pacto de gobernabilidad 2007-2011 con Coalición Canaria, presenta al Consejo Canario de la Salud la propuesta para su formulación y desarrollo.

La Conferencia, como el mismo Plan de Salud, constituye un importante desafío teórico-metodológico y técnico en la planificación sanitaria, teniendo en cuenta el contexto socio-histórico, institucional y político de cierta inestabilidad institucional, casi estructural, que existe en Canarias y también en la propia historia de la Reforma Sanitaria desde su origen. La condición archipelágica del territorio, la estructura de poder político y en estos momentos las amenazas externas o poco controlables derivadas de la crisis de la deuda, constituyen factores determinantes de esta debilidad estructural que acentúa la complejidad de la situación. Se están desarrollando cambios económicos, sociales y políticos profundos: reducción de la financiación de los servicios sanitarios públicos por parte del Gobierno de España; retroceso en derechos sociales y laborales; deterioro de los sistema de protección social y el *cómo hacer más con menos* en los servicios sanitarios públicos, el malestar de la ciudadanía y de los profesionales sanitarios. Mientras tanto, también se está sufriendo y constatando la evidencia de la relación entre las condiciones de salud y la pobreza en detrimento del estado de salud de la población más vulnerable. (262), (263)

Para el desarrollo del presente trabajo se considera importante tener en cuenta que el contexto político y de gestión sectorial impone, en todo el proceso de formulación del proyecto del Plan de Salud y de las Conferencias Insulares de Salud cuatro importantes condiciones, a partir de las cuales se plantea la tesis:

- De la necesidad de responder a las necesidades de salud de la población que se está empobreciendo con unos servicios a los que se les está teniendo que reducir el presupuesto, con unos profesionales que tienen que hacer lo mismo o más con menos a pesar del esfuerzo que hace la Comunidad Autónoma, dedicándole a la sanidad el 42% del presupuesto (Año 2015) de la CCAA que es la mayor proporción de la historia, a pesar de su aminoración desde el año 2010.
- De la necesidad de no aplazar más la reorientación de un modelo de gestión, que lleva precisando cambios desde hace muchos años, para hacerlo más eficaz, eficiente, humano, de calidad y para su adecuación al perfil epidemiológico y demográfico de las cronicidades.
- De que planificación es necesaria y mucho más en escenarios de incertidumbre y de inestabilidad política e institucional.
- De que los métodos tradicionales de planificación no funcionan en situaciones como la que se vive en este momento de incertidumbre en la sanidad. Las medidas de ajuste estructural impuestas desde el gobierno de España con una política que está conduciendo a recortes financieros y de profesionales, que está favoreciendo la penetración del aseguramiento, la externalización de servicios intermedios y finalistas en los servicios públicos de salud; de crecimiento de fortalecimiento de la prestación privada de servicios y en detrimento de la accesibilidad y calidad de la prestación de servicios públicos de salud.
- Pero, además, por la naturaleza compleja de su objeto, la salud y el sector salud en su conjunto.

5.- OBJETIVOS

5.1.- Objetivo general

Organización y desarrollo de un modelo de Conferencia de Salud, como instrumento de formación e investigación – acción participativa del proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017.

5.2.- Objetivos Específicos

- 1.- Desarrollar una acción formativa, utilizando el *sistema ECCA de enseñanza a distancia* semi-presencial, dirigida a la ciudadanía en general, profesionales, gestores, políticos y entidades con representación en los órganos de participación y dirección del Sistema Canario de la Salud, que sirva de sensibilización y apoyo al proceso de investigación-acción-participación para la puesta en marcha y desarrollo territorializado del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017.
- 2.- Conocer los fundamentos que hacen necesario un nuevo Plan de Salud y los retos a los que se enfrenta.
- 3.- Mejorar los conocimientos de los participantes en la Conferencia de Salud para su participación o implicación en la formulación, seguimiento y, en su caso, gestión del Plan de Salud de Canarias en los diferentes niveles y esferas del sistema Canario de la Salud.
- 4.- Analizar los logros alcanzados por la Reforma Sanitaria en Canarias así como los problemas de salud enfermedad, de calidad de vida así como los relacionados con la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
- 5.- Formular propuestas de acciones para la mejora de la gestión y funcionamiento de los servicios públicos de salud y establecer su alineación con las Líneas de Actuación y de Colaboración determinadas en el Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017.

6.- DISEÑO METODOLÓGICO

La Conferencia de Salud es un proyecto de investigación –acción participativa en el que los participantes en la investigación han sido al mismo tiempo sujetos y objetos del estudio. El proceso de investigación acción se produce dentro del sistema canario de la salud como un proceso dinámico y también dialéctico en el que una gran parte de la acción y de los logros no estaban previstos desde su inicio por la misma incertidumbre o inestabilidad institucional que es casi estructural en el sector salud de Canarias tal y como se ha referido a lo largo del capítulo 4 de antecedentes. Durante el proceso de la Conferencia de Salud iniciado en el año 2008, aunque estudio se centra en el momento táctico-operacional de la misma, coincidente con el desarrollo del último proyecto del III plan de Salud de Canarias, se han producido cambios y adecuaciones situacionales a circunstancias relacionados con los distintos tiempos técnicos y políticos en la gestión del Plan de Salud y de su proceso. Este periodo ha con la implantación de los recortes presupuestarios desde el Gobierno de España a las políticas sociales y públicas en el Estado, así como a la política de contrarreformas sectoriales que han sometido a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas a fuertes tensiones.

El actor que dirige la Conferencia de Salud y al mismo tiempo la coordinación del Plan de Salud es la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional, dependiente orgánicamente de la Dirección del Servicio Canario de la Salud pero funcionalmente, de la propia Consejera de Sanidad que es quien ha llevado la dirección y la iniciativa del Plan de Salud y del proceso de participación, en los últimos cuatro años.

6.1. MÉTODOS UTILIZADOS

En el año 2008 se realizó la acción formativa, “Los Consejos de Salud, un nuevo espacio de participación” (Anexo 1) que contemplaba la organización de dos talleres. Uno de ellos dirigido a promover la creación de los Consejos de Salud de Zona Básica, con el propósito además de aprovechar posteriormente para la formación de los grupos de trabajo del Plan de Salud. Al mismo tiempo dicho proceso podrían constituir una operación motivadora al proporcionar un sentido estructurante a dichos órganos, además de reactivar los ya existentes. El otro taller tenía como objetivo la realización del análisis de la situación de salud (Véase anexo 10). Solo se pudo realizar este segundo taller, que luego fue repetido en la acción del 2014, “Innovando en la Gestión de la Salud”, lo que permitió analizar, por comparación, la evolución de la situación percibida de salud en el periodo 2008-2014. (Ver epígrafe 8, Resultados) La iniciativa de la creación de los Consejos de Salud de Zona Básica fue paralizada por la Consejería cuando la acción iba a iniciarse.

En el periodo 2009 a 2012 se inició la producción de los primeros materiales de la primera versión de “Innovando en la gestión de la salud” con Radio ECCA, pero se paralizó por los cambios de institucionales en el SCS, por las elecciones autonómicas y locales del 2011, así como del escenario que se instala en el país a partir de la repercusión de las políticas de ajuste estructural que se aplican desde el Gobierno de España y que modifican los tiempos políticos y técnicos en la planificación y obligan a realizar alguna variación en el proyecto del Plan. Era consecuencia de la crisis financiera y el inicio de la contrarreforma que se realizaba desde nuevo Gobierno de España. Se impone la norma de la *adecuación presupuestaria* en el Sistema Nacional de Salud, como en todas las administraciones públicas, junto al incremento de medidas de contrarreforma sanitaria con importantes cambios normativos y presupuestarios. Al mismo tiempo en Canarias se producía la renovación de cargos políticos e institucionales por el cambio de gobierno tras las elecciones autonómicas y locales del 2011.

Estas circunstancias determinaron un retraso en los tiempos técnicos y políticos del proceso, además del replanteo de algunos contenidos del Proyecto del Plan de Salud y de los materiales de la acción formativa de la Conferencia de Salud, para adecuarlos a la nueva situación política y social, que se instalaba en Canarias.

Por tanto, aunque la Conferencia, como proceso, se desarrolla a lo largo de siete años, en una estrategia convergente con el proceso de formulación del proyecto del Plan de Salud, el estudio contempla su momento táctico-operacional¹ que se realiza a lo largo del año 2014.

6.1.1.- Tipo de diseño

6.1.1.1.- Tipo de estudio: Descriptivo de carácter cualitativo de tipo investigación-acción participativa.

6.1.1.2.- Ámbito: El Archipiélago de Canarias y sus siete Áreas de Salud

6.1.1.3.- Momentos de la elaboración y desarrollo del instrumento para la investigación – acción (Ver Tabla 6.1)

1.- Producción del material de la acción formativa *Innovando en la Gestión de la Salud* (Sistema ECCA): material didáctico (esquemas de las clases, cuestionarios de evaluación y anexos complementarios de apoyo); grabación de cada clase y elaboración del material para cada uno de los ocho talleres y de la guía del monitor para la acción tutorial; elaboración de los carteles, folletos informativos y cuñas radiofónicas para la divulgación en los centros sanitarios. Diseño y elaboración de la herramienta informática para el registro y análisis de los resultados de cada uno de los talleres (SCS).

2.- Gestión del proceso organización y sensibilización en cada una de las estructuras de gestión, dirección y participación del Servicio Canario de la Salud de las islas: Creación y formación del equipo coordinador regional (Equipo A de coordinación y planificación ampliado de la dirección); sesiones de captación y jornadas de formación de monitores en cada isla; reuniones con equipos directivos insulares del SCS y Consejos de Salud de las Áreas de Salud y CIRPACs³⁴.

3.- Captación de participantes para la opción individual de la acción formativa, por parte de Radio ECCA y sus centros zonales del archipiélago en colaboración con los Centros de Salud, y para la formación de los grupos de trabajo por los monitores de cada estructura del Servicio Canario de Salud: Centros de Salud, hospitales generales y complejos hospitalarios de referencia, Direcciones de Área y Consejos Insulares de Rehabilitación y Acción Comunitaria (CIRPAC) de cada isla, así como de grupos externos al SCS.

4.- Implementación de la Etapa Local de la Conferencia: acción formativa, incluyendo la realización de los talleres en los grupos de trabajos constituidos, programa semanal de radio de apoyo a la acción formativa, gestión de los dos foros de participación durante todo el periodo con la participación de participantes de cada isla con la coordinación del proyecto y del Equipo A de cada isla.

5.- Procesamiento y análisis de los resultados a partir de los cuestionarios cumplimentados correspondientes a cada uno de los ocho talleres de cada grupo y elaboración de informes para su presentación y debate en el foro de las Conferencias Insulares de Salud.

6.- Elaboración de los programas y organización de la Etapa Insular de la Conferencia: los Foros de las Conferencias Insulares de Salud por las Direcciones de cada una de las Áreas de Salud, con el Equipo A como comité organizador y el apoyo de las respectivas Gerencias de Atención Primaria y de las de Servicios Sanitarios de las islas no capitalinas.

7.- Realización de los Foros de cada una de las siete Conferencias Insulares de Salud de doce horas de duración en cada isla excepto la de El Hierro de siete.

8.- Elaboración de las memorias de cada Conferencia Insular incluyendo la descripción del proceso realizado, el análisis de la situación de salud y las propuestas de acción ordenadas en matrices que, por un lado alinean las acciones por cada uno de los problemas

³⁴ Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC)

priorizados en las categorías respectiva, y por otro se relacionan las acciones por orden de prioridad con indicación del grado potencial de impacto estimado, para cada uno de los problemas priorizados

9.- Publicación en la web del Servicio Canario de la Salud.

Cuadro 6.1.- Momentos de la elaboración y desarrollo del instrumento para la investigación – acción

FASES DE LA CONFERENCIA	2013					2014												2015		
	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MAR
1.- Producción de la acción formativa <i>Innovando en la Gestión de la Salud</i> (Sistema ECCA): material, grabación. Preparación de foros y programas radio																				
2.- Sensibilización y organización de las estructuras de gestión de la Conferencia de Salud en el Servicio Canario de la Salud: Captación y formación del Equipo A de coordinación y de los monitores																				
3.- Captación de participantes y formación de los grupos de trabajo para los talleres de la etapa local																				

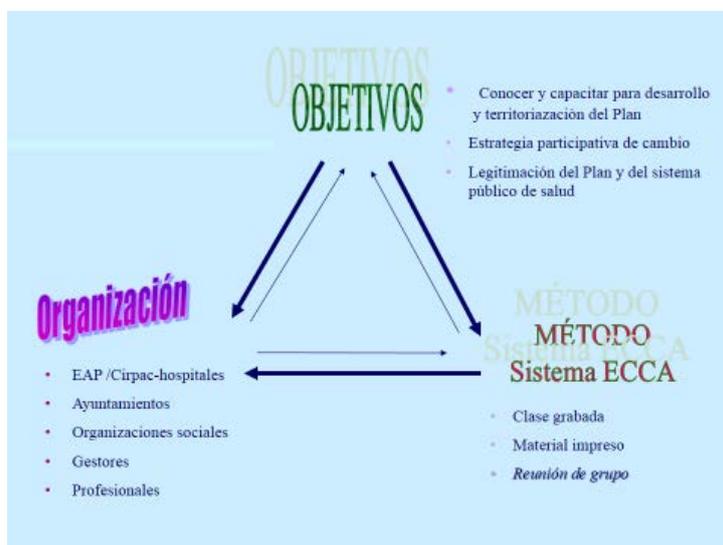
4.- Implementación de la etapa local de la Conferencia: de la acción formativa y los talleres																				
5.- Análisis de la información de los grupos de trabajo Innovando en la Gestión de la Salud																				
6.- Elaboración de los programas y organización de la Etapa Insular: las Conferencias Insulares de Salud																				
7.- Realización de las Conferencias Insulares de Salud																				
8.- Análisis de los resultados y elaboración de las memorias de cada una de las Conferencias Insulares de Salud																				
9.- Publicación de las memorias de las Conferencias en la web del SCS																				

6.1.2. Materiales utilizados

6.1.2.1. El curso de la acción formativa “Innovando en la Gestión de la Salud”

Las características del Sistema ECCA de enseñanza a distancia (Epígrafe 4.4.2.) constituye un elemento central en la estructura de la Conferencia de Salud. Al constituirse el sistema ECCA como la *metodología* en la concepción del Postulado de Coherencia como condición de eficacia del Plan, se considera determinante del proceso de *organización* de la Conferencia de Salud, principalmente para su etapa local (Gráfico 7.1), aunque está condicionado por ella. Esta interpretación de la relación de determinación o condicionamiento, entre metodología y organización, para alcanzar los objetivos, se hace en el contexto de archipiélago y socio-histórico de Canarias.

Gráfico 6.1.- El sistema ECCA como *Método* en la condición de eficacia de la Conferencia de Salud de Canarias



Fuente: Elaboración propia

El curso es una acción complementaria pero de alguna forma indisoluble de los otros dos elementos del Sistema ECCA y, por tanto de los talleres (Gráfico 7.2). Es así, en la medida en que sus contenidos y objetivos están asociados a su realización aportando un importante valor añadido en la sensibilización y el conocimiento del Plan de Salud; en la importancia de la planificación así como del contexto social y político en el que se desarrolla la Conferencia.

Para la realización de los talleres no es imprescindible el curso pero se incentivaba su realización a los participantes de los talleres estableciendo como requisito la formalización de su inscripción en el curso y al final, la realización de examen de contenidos.

a.-Objetivos del curso

- Dar a conocer los fundamentos que hacen necesario un nuevo Plan de Salud: situación actual de salud y priorización de problemas.

- Mejorar los conocimientos de los/las participantes respecto a la organización, el funcionamiento y la utilización de los servicios de salud, así como a la toma de conciencia de los problemas que pueden estar condicionando su calidad y eficiencia.
- Promover una coordinación intra e interinstitucional entre los órganos de participación y de dirección que inciden en el proceso de salud de la comunidad, que constituyen una condición de eficacia del Plan de Salud de Canarias y de la innovación en la gestión sanitaria.
- Contribuir a la consolidación de los órganos de participación y de dirección del Servicio Canario de la Salud como un espacio institucional nuevo y como un reciente dispositivo del proceso de decisión pública en salud.

b.- Contenidos

Consta del *material didáctico*, *la clase grabada*, y *la acción tutorial* en forma de trabajo en grupos (epígrafe 4.4.2.). Como parte del material didáctico para el alumno o participante, se cuenta con el conjunto de los ocho *esquemas*, un *glosario*, *documentos* y el *instrumento de evaluación* del aprendizaje por un lado, y de la propia acción formativa por otro.

Los contenidos de cada uno de los esquemas (clases) desarrollados en la acción formativa “Innovando en la Gestión de la Salud” fueron los siguientes:

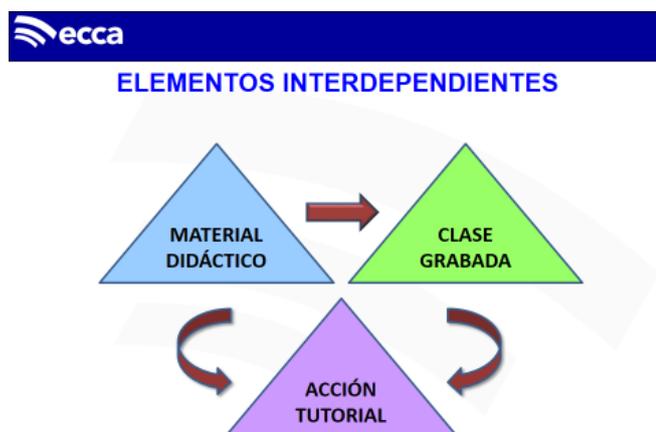
1. Retos para un cambio
2. Planificación y Reforma Sanitaria
3. Un Plan de Salud eficaz y eficiente
4. Metodologías para una gestión estratégica
5. Estructura del Plan de Salud (I)
6. Estructura del Plan de Salud (II)
7. Operacionalización del Plan de Salud
8. Evaluación y seguimiento del Plan

c.- Foros de consulta y debate con programas de radio en directo

Son recursos complementarios de apoyo y dinamización de la acción formativa utilizando la herramienta informática moodle en la que se desarrollan espacios de participación:

- Foro de la acción formativa innovando en la gestión de la salud. Para plantear dudas, consultas y debates on line, sobre los temas del curso.
- Foro de debate y aportaciones al Proyecto del III Plan de Salud de Canarias, orientado hacia consultas y sugerencias o aportaciones al Proyecto del Plan de Salud.
- Programas de radio en directo y abierto realizado a lo largo del desarrollo de la acción formativa con periodicidad semanal. En cada programa se realizaba conexión con participantes y monitores, de cada una de las islas, moderados por el profesional que coordina el Plan de Salud a nivel central y la profesional de Radio ECCA. En función de las dudas o características de la preocupación percibida desde la coordinación se invitaban a técnicos para tratar en profundidad, y de manera coloquial los mismos.

Gráfico 6.2. Elementos de Sistema ECCA



Fuente: Radio ECCA

6.1.2.2. Material de apoyo al monitor de los talleres

Como apoyo a las funciones del monitor en los talleres, se cuenta con el Manual del Profesorado, que incluye las siguientes secciones:

- Presentación del manual: Objetivos; esquema de la metodología del Sistema ECCA de enseñanza a distancia; objetivos; equipo de trabajo.
- Los esquemas
- Sugerencias metodológicas para sobre cada uno de los esquemas
- Talleres. Instrucciones para el monitor.
- Guías de trabajo para su utilización por los participantes.
- Anexos:
 - Relación de Zonas Básicas de Salud por islas según su participación en la elaboración del cuestionario sobre la situación de salud en, los grupos de trabajo de la acción formativa “Los Consejos de Salud” en el año 2008.
 - Criterios para utilizar en la priorización de los problemas identificados.
 - Gráfico: Relación de determinación y condicionamiento entre factores de riesgo y enfermedad y fallecimientos.
 - Conferencia de Salud de Canarias.

6.1.2.3. Talleres de la etapa local de la I Conferencia de Salud: la acción formativa “Innovando en la gestión de la salud” del III Plan de Salud de Canarias 2014-2017

Se utilizó el estudio basado en técnicas de investigación cuanti-cualitativa realizado entre abril y noviembre de 2014, que se desarrolló a través de la acción formativa “Innovando en la gestión de la salud”, utilizando el Sistema ECCA de enseñanza a distancia semi –

presencial. Se utiliza la combinación de tres elementos (Ver epígrafe 4.4.2) el material impreso (de 8 esquemas), la clase grabada (radio, internet y o CD) y la reunión de grupo con la realización de 8 talleres presenciales, organizado por el Servicio Canario de la Salud y en colaboración con Radio ECCA y la Cátedra UNITWIN-UNESCO de *Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud* de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Estos talleres constituyen espacios de diálogo, reflexión y análisis basado en la experiencia, conocimientos y compartir visión y valores de los participantes.

a.- Objetivos de los talleres

Objetivo general:

- Establecer un proceso de participación-acción para la puesta en marcha y desarrollo del III Plan de Salud de Canarias, que propicie la realización de los Planes de Salud de las Zonas Básicas, del Área de Salud y de los Consejos de Salud con la participación e implicación de las Direcciones de las Áreas, Gerencias de Atención Primaria, Servicios Sanitarios y Complejos Hospitalarios, del Servicio Canario de la Salud así como de la ciudadanía y representación sindical, social, científica y profesional.

Objetivos específicos

- Dar a conocer los fundamentos que hacen necesario un nuevo Plan de Salud (situación actual de salud y priorización de problemas).
- Promover una coordinación intra e interinstitucional entre los órganos de participación y de dirección que inciden en el proceso de salud de la comunidad y que constituyen una condición de eficacia del Plan de Salud de Canarias y de la innovación en la gestión sanitaria.
- Mejorar los conocimientos de los participantes respecto a la organización, el funcionamiento y la utilización de los servicios de salud, así como de toma de conciencia de los problemas que pueden estar condicionando su calidad y eficiencia.
- Contribuir a la consolidación de los órganos de participación y de dirección del Servicio Canario de la Salud, como un espacio institucional nuevo y como un nuevo dispositivo del proceso de decisión pública en salud.

b.- Contenidos

Los contenidos de cada uno de los talleres desarrollados en la acción formativa “Innovando en la Gestión de la Salud” fueron los siguientes:

1ª Sesión: Análisis de la situación de salud.

2ª Sesión: Identificación y priorización de problemas.

3ª Sesión: Síntesis diagnóstica

4ª y 5ª Sesión: Diálogo apreciativo.

6ª Sesión: Líneas de Actuación y Colaboración del III Plan de Salud.

7ª y 8ª Sesión: Plan de acción

9ª Sesión: Conferencia de Salud

6.1.2.4. Las Conferencias Insulares de Salud

La I Conferencia Insular de Salud, es considerado como la etapa Insular de la I Conferencia de Salud de Canarias y también como el taller 9 opcional (Manual del monitor o profesorado) para los participantes de la acción formativa “Innovando en la Gestión de la Salud” en la que se produce la devolución de la información del trabajo realizado en la etapa local, y su debate. El evento se realizó en una jornada intensiva de doce horas, con intervalo de una hora para almuerzo y pausas en la mañana, y en algún caso de tarde. La excepción fue la de El Hierro en que se redujo a una jornada de mañana, de siete horas.

La organización fue gestionada por el comité organizador bajo la dirección de las Direcciones de las Áreas de Salud con el apoyo fundamental de las Gerencias de Atención Primaria en Gran Canaria y Tenerife y de Servicios Sanitarios en las islas no capitalinas de La Palma, Gomera, El Hierro, Fuerteventura y Lanzarote.

En cuanto al **procedimiento general**, y salvo excepciones en las islas de Fuerteventura y el Hierro, en que se optó por el debate en plenario, se organizaron grupos de trabajo para cada una de las categorías de problemas de salud (salud-enfermedad-cuidados, salud pública, calidad de vida, asistencia sanitaria, asistencia socio-sanitaria y salud mental). De manera flexible, los asistentes fueron asignados previamente en función de su preferencia, perfil profesional, ocupación o conocimiento previo sobre el tema.

Los grupos estuvieron conformados por 10-15 personas, en los que se incluyeron un monitor y un relator. La metodología de trabajo se basó en la *discusión de grupo*, con puesta en común y llegada a acuerdo de las actividades propuestas.

Cada grupo trabajó durante 2-3 horas sobre tres problemas específicos, definidos previamente por el Comité Organizador según interés del área, relevancia y ranking en la priorización operacional del análisis de los resultados del Área de Salud, priorizados en los talleres de la acción formativa previa “Innovando en la Gestión de la Salud”, con el sistema ECCA.

6.1.3. Participantes

6.1.3.1. Grupos de perfiles

- A. Profesionales y ciudadanos de las Zonas Básicas de Salud de Canarias en las que se habían organizado talleres de la acción formativa de Radio ECCA “*Los Consejos de Salud. Un nuevo espacio para la participación*”, durante el primer anteproyecto del III

Plan de Salud de Canarias³⁵, en noviembre-diciembre del 2008, y que también participaron en el Taller 1, de la acción formativa, “*Innovando en la gestión de la Salud*”, en el año 2014.

- B. Ciudadanos y profesionales de los ámbitos de Atención Hospitalaria, Atención Primaria, Direcciones de Área de Salud, (Hospitales y Direcciones de Área (que incluye a técnicos de Sanidad Ambiental, Seguridad Alimentaria, inspección, prestaciones de actividad concertada) (de cada una de las islas de la C.A. de Canarias) que participaron en los talleres 2, 3, 4, 5, 6,7 y 8 de la acción formativa, “*Innovando en la gestión de la Salud*”, del III Plan de Salud.
- C. Miembros de Salud Mental de la isla de Tenerife, Gran Canaria y la Gomera, formado por CIRPAC (Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria- y Asociación Canaria de Neuropsiquiatría - ACN- junto a grupos externos como organizaciones ciudadanas y voluntariado y de profesionales que participaron en los talleres 2, 3, 4, 5, 6,7 y 8 de la acción formativa, “*Innovando en la gestión de la Salud*”, del III Plan de Salud.
- D. Ciudadanos, profesionales de la salud, gestores y políticos que participaron en los Foros de las Conferencias Insulares de Salud.

6.1.3.2. Muestra de los Talleres (Etapa local de la Conferencia de Salud)

Un total de 966 personas en 91 grupos de trabajo completaron los talleres de la acción formativa “*Innovando en la gestión de la Salud*” (Tabla 6.2 y 6.3). Los grupos pertenecían a los ámbitos de Atención Hospitalaria, Atención Primaria, Direcciones de Área de Salud, Salud Mental (Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria – CIRPAC) y grupos externos como organizaciones ciudadanas y voluntariado y de profesionales como la Asociación Canarias de Neuropsiquiatría (Ver Tabla 7.2 y 7.3; Gráficos 7.1 y 7.2). Estos talleres fueron monitorizados por profesionales voluntarios procedentes de los centros u organizaciones implicadas (EAP, hospitales, CIPAC, Direcciones de Área, ACN y otras organizaciones) que recibieron una formación previa en una de ocho horas.

6.1.3.3. Muestra de las Conferencias Insulares (Etapa insular de la Conferencia de Salud)

³⁵ El proceso de elaboración del proyecto del III Plan de Salud se inició a principios del año 2008 con la Consejería gobernada por el Partido Popular, en un pacto de gobierno con Coalición Canaria para la legislatura 2007-2011. Este acuerdo se rompió a mediados del año 2010, por lo que dicha Consejería pasó a Coalición Canaria hasta final de legislatura, continuando bajo el mismo grupo político hasta el final de la legislatura 2011-2015. En este mandato, y en el ámbito de un acuerdo de gobernabilidad con el partido Socialista de Canarias (PSC-PSOE) se realizó el segundo anteproyecto del III Plan de Salud, que sí fue aprobado por el Consejo de Gobierno pero no culminó su tramitación en el Parlamento, que es un requisito para su aprobación formal.

A esta actividad asistieron un total de 565 personas en las siete islas (Tabla 6.4). Tras la primera parte del desarrollo del Foro, en que se presenta la valoración de los resultados de los talleres, de la fase local de la Conferencia (Panel I, II, III y debate), los asistentes se dividieron en grupos de trabajo por áreas temáticas de: Salud-Enfermedad, Salud Pública, Calidad de Vida, Atención Sanitaria y Atención Sociosanitaria. En las Conferencias de Gran Canaria y Tenerife se formaron dos grupos en cada una de estas dos últimas áreas temáticas, además de un grupo específico de Salud Mental. En las islas de Fuerteventura y El Hierro se optó por el debate de cada panel y área temática en el plenario., pero sin la creación de grupos de trabajo.

Tabla 6.2.- Relación de participantes y que cumplieron los requisitos para ser acreditados en los talleres de la etapa local (“Innovando en la Gestión de la Salud”) de las Conferencias Insulares de Salud de Canarias. ³⁶ Abril-septiembre de 2014.

ÁMBITOS FOROS DE LA CONFERENCIA INSULAR	ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITALES	CIRPAC	DIRECCIÓN AREA	OTROS EXTERNOS	TOTAL	
						Partic.	Grupos
Lanzarote	73	12	-	-	-	85	8
Fuerteventura	45	16	-	-	-	61	6
Gran Canaria	242	51	13	-	17 ³⁷	323	32
Tenerife	257	30	9	8	4 ³⁸	308	25
Gomera	47	9	9	9	-	74	8
La Palma	75	6	-	10 ³⁹	-	91	10
El Hierro	24	-	-	-	-	24	2
TOTAL PARTICIPANTES	763	124	31	27	21	966	91
Nº	79,0	12,8	3,2	2,8	2,2	100	
%							
TOTAL GRUPOS	69	12	3	3	4		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS.

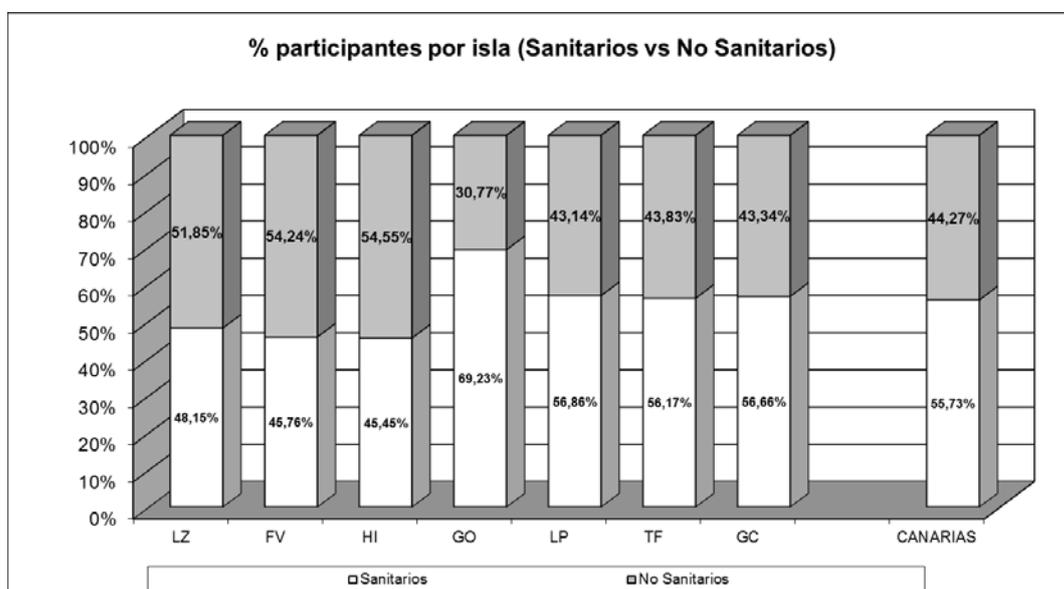
³⁶ En total participaron 1.403 personas en la acción formativa, de las cuales 374 en la opción individual y 1.029 en los talleres. De estas. 966 (94%) cumplieron con los requisitos para su acreditación por asistencia.

³⁷ En Gran Canaria, se crearon dos grupos externos; ACN y del Foro Social por la Defensa de la Sanidad Pública.

³⁸ Un grupo de la Asociación Canarias de Neuropsiquiatría.

³⁹ En La Palma, los participantes del CIRPAC se integraron con los de la Dirección de Área de Salud

Gráfico 6.3- Relación porcentual de participantes en la fase local de la I Conferencia Insular de Salud (“Innovando en la Gestión de la Salud”), agrupadas según su condición de sanitario o no, y por islas. Diciembre 2014.



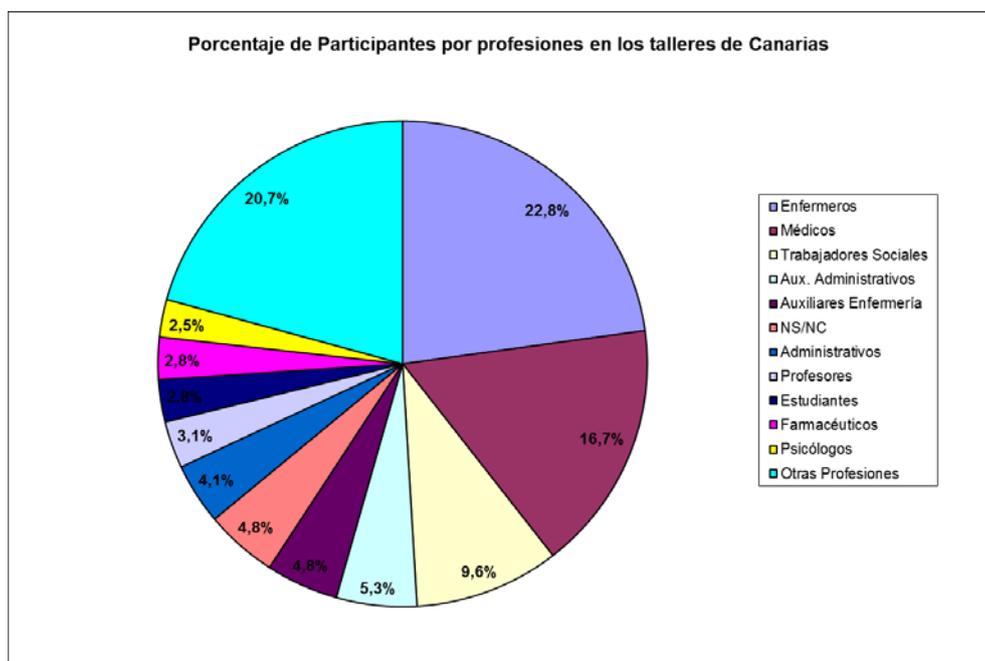
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS.

Tabla 6.3- Porcentaje de participantes en la fase local de las I Conferencias Insulares de Salud de Canarias, agrupados por tipo de profesión. Diciembre 2014.

PROFESIONES	PARTICIPANTES	
	Nº	%
Enfermeros	219	22,8%
Médicos	160	16,7%
Trabajadores Sociales	92	9,6%
Aux. Administrativos	51	5,3%
Auxiliares Enfermería	46	4,8%
NS/NC	46	4,8%
Administrativos	39	4,1%
Profesores	30	3,1%
Estudiantes	27	2,8%
Farmacéuticos	27	2,8%
Psicólogos	24	2,5%
Otras Profesiones	199	20,7%
TOTAL	960	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS.

Grafico 6.2.- Porcentaje de participantes en la fase local de las I Conferencias Insulares de Salud de Canarias, agrupados por tipo de profesión. Diciembre 2014.



Fuente: Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS.

Tabla 6.4.- Relación de participantes en los Foros de las Conferencias Insulares de Salud de Canarias. Septiembre a diciembre de 2014)

ISLA	PARTICIPANTES
Lanzarote	79
Fuerteventura	57
Gran Canaria	132
Tenerife	149
Gomera	51
La Palma	57
TOTAL	565

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS.

6.1.4.- Variables, fuentes de estudio, contenidos y análisis de los talleres de la etapa local e insular de la Conferencia de Salud

6.1.4.1. Variables

La información de todos los talleres fue almacenada y procesada mediante una base de datos tipo Access específicamente diseñado por el Servicio Canario de la Salud.

En cada uno de los talleres “Innovando en la gestión de la salud” del III Plan de Salud de Canarias 2014-2017, las variables del estudio corresponden a cinco categorías de interés de acuerdo a constructos temáticos relevantes por su significación y categorización operacional o subsectorial para la operacionalización del Plan de Salud:

Categoría 1. Problemas de Salud-Enfermedad-Cuidados. Se solicita opinión sobre los factores determinantes individuales o de estilos de vida, para diferentes grupos de edad y/o sexo, que están considerados como problemas de salud – Enfermedad – Cuidados en la población de la correspondiente zona básica de Salud para los grupos de Centros de Salud o isla, para los demás grupos.

Categoría 2. Salud Pública. Problemas relacionados con el abastecimiento de aguas, recolección, tratamiento y destino de aguas residuales, la deposición, recogida y tratamiento de basuras, ratas e insectos perjudiciales para la salud humana, contaminación ambiental, situaciones de peligro (accidentes), falta de espacios verdes, culturales o deportivos para el ocio, escolarización, condiciones de la vivienda y barrios, cadena alimentaria y otros servicios relacionados con los servicios de salud pública municipales, cabildos o del Servicio Canario de la Salud.

Categoría 3. Calidad de vida y condiciones de trabajo y empleo. Relacionados con la existencia de centros necesarios (escuelas infantiles, hogar del pensionista, consultorios de salud), situaciones de empleo, condiciones de trabajo, seguridad social, grado de satisfacción/insatisfacción en el trabajo del grupo o localidad, existencia de solidaridad, violencia e ideales de vida

Categoría 4. Atención sanitaria. Relacionados con la asistencia sanitaria que presta el hospital, centro de salud, consultorios, urgencias, red de salud mental, otros servicios sanitarios públicos y privados, transporte y comunicaciones

Categoría 5. Atención sociosanitaria. Prevención y atención a las personas drogodependientes, servicios sociales, atención sociosanitaria domiciliaria a las personas mayores, asistencia de servicios sociales.

6.1.4.2. Fuentes, contenido y análisis de la etapa local de la Conferencia (Talleres de la acción formativa “Innovando en la gestión de la salud” del III Plan de Salud de Canarias 2014-2017)

FUENTE	CONTENIDO	ANÁLISIS
<p>Taller 1.-Análisis de la situación actual</p>	<p>Se trata de un <i>questionario específico</i> por Zona Básica de Salud de cada isla de la C.A. de Canarias; de tipo semi-estructurado y de respuesta cerrada para cada una de los 36 apartados agrupados en cinco categorías operacionales de problemas: Salud-Enfermedad, Salud Pública, Calidad de Vida, Atención Sanitaria y Atención SocioSanitaria. Se valora el cambio (resuelto, mejora, empeoramiento o sigue igual, no sabe/ no contesta) en relación a los problemas identificados en el año 2008, para posteriormente comparar con la situación en 2014. (Véase Anexos cuestionarios- 1).</p>	<p>Contesta únicamente el grupo de participantes del perfil A (epígrafe 7.4.1., correspondiente al de Zonas Básicas que participaron y realizaron el mismo análisis en el año 2008). El resto de participantes excepto el de Salud Mental, omitían la respuesta en este taller 1.</p> <p>Para los grupos de Salud Mental (perfil B) se analizan de modo cualitativo las respuestas de la pregunta 30 (problemas con la asistencia de la red de salud mental) y de la pregunta 35 (sobre problemas relacionados con prevención y la atención a las personas drogodependientes).</p>

<p>Taller 2. Identificación y priorización de problemas</p>	<p>El <i>questionario genérico</i> para la Zona Básica, estructurado y de respuesta tipo likert, (puntuación 1-10), por categoría de problemas, grupo de edad y sexo (para los de salud- enfermedad), con espacio para responder previamente a la sesión presencial tanto de forma individual – o en su caso por la asociación o entidad representada – como grupal. Se muestran los 36 apartados del <i>questionario específico</i> agrupados en las mismas cinco categorías.</p> <p>Se trata de un grupo de preguntas abiertas donde establecer un ranking por orden de prioridad con los problemas identificados en cada una de las Zonas Básicas o islas, para luego realizar el análisis por Isla y Canarias.</p> <p>(Véase Anexos cuestionarios- 2)</p>	<p>En este taller, los participantes de todos los grupos trabajaron el <i>questionario genérico</i> de cumplimentación individual y grupal, basado en los resultados obtenidos en el proceso inicial de valoración de la situación de salud realizada en 2008. (Véase Anexos Cuestionario 2)</p> <p>En los grupos del perfil B (Hospitales y Direcciones de Área) y C (Salud Mental-CIRPAC) se respondía a las preguntas desde la perspectiva insular</p>
<p>Taller 3. Síntesis diagnóstica</p>	<p>En esta sesión, el grupo llega a un acuerdo sobre cuáles considera que son los problemas más relevantes. Se priorizan los diez problemas ya identificados y separados en las cinco categorías, por orden de importancia en la que se concreta el resultado del debate y reflexión del taller de la sesión 2.</p>	<p>Sobre los datos registrados en la respuesta del ranking establecido por cada grupo, se calcula el peso específico ponderado por frecuencia de aparición y lugar de priorización, estableciendo su inversa, y agrupando por códigos para ofrecer un valor a los problemas por categoría y Zona Básica.</p>

	<p>Esta información se registra en el cuadrante del apartado que corresponde al grupo.</p> <p>Para la valoración y estimación del grado de prioridad se pudieron utilizar diferentes criterios algunos de los cuales se facilitan en los anexos del material de la acción formativa, como magnitud o tamaño, severidad, trascendencia económica, eficacia de solución, factibilidad de solución o viabilidad política.</p> <p>(Véase Anexo cuestionarios- 3)</p>	<p>Se agruparon por islas y diferenciando en Tenerife y Gran Canaria, por Área Norte y Sur.</p> <p>El propósito de esta desagregación en las islas capitalinas es el análisis específico de los problema y de la acciones, en función del área de influencia de cada complejo hospitalario para su toma en consideración en los Programas de Gestión Convenida. Hay que tener en cuenta que el PGC no es a nivel de isla, como en las no capitalinas en las que la gestión Atención Primaria-Atención Hospitalaria está integrada en una gerencia única. De este modo, se pretende facilitar el avance en una gestión participativa y estratégica hacia una mayor coordinación e integración principalmente de la Atención Primaria con la Atención Hospitalaria así como de los diferentes subsistemas, instituciones y sectores en las respectivas áreas de influencia.⁴⁰</p>
--	--	--

⁴⁰ La decisión de agregar las Zonas Básicas de Salud del estudio en Áreas Norte u Sur, se hizo con el objetivo de que coincidiera con el área de influencia de los respectivos Complejos Hospitalarios. De este modo, aunque se pierde la visión de la isla como unidad geográfica y política -administrativa, se gana en información de interés para los planes operativos, PGCs (Programas de Gestión Convenida) y desarrollo de las Líneas de Actuación y de Colaboración del III Plan de Salud con el sentido de “epidemiologizar” los criterios de prestación de servicios con criterios de coordinación e integración con el resto de los subsistemas del Sistema Canario de la Salud en particular de la Atención Primaria, la Atención Sociosanitaria, de Salud Mental y de Salud Pública.

Posteriormente y con más tiempo, se ha profundizado en el análisis para agregando la información separada de estas islas, y de la Comunidad Autónoma. Este documento no ha sido aún publicado: Autores: Mahtani Chugani V., Henríquez Suárez J.A., Del Otero Sanz L., Hernández Rodríguez M.A., O’Shanahan Juan JJ. *Priorización de los problemas de salud-enfermedad-cuidados, salud pública, calidad de vida, asistencia sanitaria y socio-sanitaria desde la perspectiva de los profesionales y usuarios.* Octubre 2015.

		En Salud mental se analizaron solo los datos recogidos de la categoría de problemas de Salud-Enfermedad-Cuidados por cada una de las islas por los grupos de participantes del Perfil A en el cuestionario genérico; y los datos recogidos de las cinco categorías por los grupos de salud mental en las islas de Tenerife, Gran Canaria y La Gomera.
Taller 4. Diálogo apreciativo (I)	<p>El objetivo de estas dos sesiones es identificar las fortalezas y las experiencias positivas valorando lo mejor de la gente y de sus organizaciones; sobre la base de ejemplos positivos basados en el presente y pasado para construir la visión de futuro del grupo a través del diálogo apreciativo.</p> <p>Estos dos talleres cuenta con cuatro tareas:</p> <p>a) Destacar los hitos que a juicio del grupo, hayan contribuido a promover la salud y/o la calidad de la asistencia sanitaria, se destacaría en el servicio, hospital, zona básica de salud-municipio al que pertenece el</p>	<p>Para la primera tarea se formula la pregunta ¿Qué hitos o hechos relevantes y positivos se han producido en los últimos 20 años en “nuestro” espacio de trabajo, municipio o isla?</p> <p>Estas dos tareas se desarrollan como una técnica de <i>discusión de grupo con pregunta previamente formulada</i> y moderado por el monitor/a de grupo con el apoyo del relator/a, como en los demás talleres. Las conclusiones son posteriormente elevadas al comité coordinador insular o general que deberá integrar en</p>

Posteriormente se podrá realizar la desagregación de esta misma información por zona básica, tal y como se hizo en el año 2008. (Ver anexo 7)

	<p>grupo, en los últimos 20 años.</p> <p>b) identificar con qué <i>fortalezas</i> se cuenta, en recursos humanos, instalaciones, apoyos, actores sociales colaboradores, etc, y también, <i>lo que hacemos bien</i> en este espacio de trabajo en lo referente a proyectos, programas o actividades. Y, de entre estas, la que destaca de forma particular como <i>acción innovadora</i>, a juicio del grupo (de participación, información, gestión, colaboración, actividades, iniciativas tecnológicas) implementadas en la isla.</p> <p>(Véase Anexos cuestionarios- 4-5)</p>	<p>un documento que integre sus resultados en un relato insular, y... en todo caso también de Canarias.</p> <p>Las preguntas: ¿Qué logros destacaría, en la zona-espacio de trabajo en los últimos 20 años? ¿Qué podemos destacar actualmente de lo estamos haciendo bien en nuestro servicio, centro, ciudad, municipio etc.?</p> <p>Al final de esta sesión, en caso de que se haya formado subgrupos, se deberá realizar una puesta en común y completando los cuadros correspondientes, con nuevas aportaciones, si las hubiera.</p>
<p>Taller 5. Diálogo apreciativo (II)</p>	<p>c) Discusión sobre la <i>reversión</i> de los recursos disponibles hacia actividades más eficientes y centradas en la ganancia de salud de la población, y/o la calidad y efectividad de los servicios que se realizan, analizando “<i>qué se puede dejar de hacer para poder hacer</i>”, en el servicio, centro e institución y/o territorio en el que se desenvuelve la vida laboral del grupo.</p> <p>d) Identificación de cómo nos gustaría que fuera el futuro o “la imagen horizonte” dentro de 10 años.</p>	<p>Las recomendaciones de la primera tarea de esta sesión, sobre <i>reversión</i>, se puede hacer como pregunta menos dirigida que las anteriores, aunque se pueda orientar, por las categorías o áreas temáticas propuestas inicialmente.</p> <p>Para la <i>imagen horizonte</i> es importante tener muy claro cuál es el actor que está formulando el plan y, también, la misión de la organización o del servicio o de la ubicación concreta del que planifica. Asimismo,</p>

	(Véase Anexos cuestionarios- 4-5).	es importante que la redacción de la idea se exprese como si ya se estuviera viviendo dicha situación deseada o situación objetivo, en el momento en el que nos despertamos de ese <i>sueño</i> .
<p>Taller -6. Formulación de acciones por Líneas de Actuación / Colaboración del III Plan de Salud.</p>	<p>Esta sesión trata de relacionar los tres problemas priorizados en el taller 3 y en la/s categoría/s que el grupo priorice (S-E; Salud Pública-calidad de vida; atención sanitaria o sociosanitaria) con:</p> <p>Aquellas acciones que estamos haciendo bien y que puedan estar relacionadas con dichos problemas; Con cual o cuales de las 10 Áreas de Impacto y 4 de Colaboración y de sus correspondientes Líneas de Actuación o colaboración, pueden estar comprendidos.</p> <p>Para esta sesión es importante conocer las Líneas de Actuación (31) y Colaboración (14) del Proyecto del III Plan de Salud 2014-2017, por lo que la realización del curso de esta acción formativa, “Innovando en la Gestión de la Salud”, es un subsidio importante.</p> <p>(Véase Anexos cuestionarios-6)</p>	<p>El análisis del grupo consiste en poner en valor lo que ya se está haciendo bien, o incluso lo que se puede dejar de hacer para poder hacer nuevas acciones, pero dirigidas al problema de salud priorizado/s. El objetivo fundamental es tomar conciencia de la importancia de no perder de vista que el fin de la actividad por la salud es el paciente y la salud de la comunidad a la que se atiende. Y para ello se refuerza la idea de la canalización de lo que ya sabemos hacer bien... La consigna del Plan va en esa dirección: entre la continuidad y la innovación(Consejería de Sanidad, 2015)(264)</p>

<p>Taller -7. Plan de acción (I)</p>	<p>Partiendo de las Líneas de Actuación /Colaboración seleccionadas en la sesión 6ª, se tratará de establecer la acción como <i>compromiso de acción</i>, (no lo que se debería de hacer sino a lo que nos comprometemos porque <i>podemos</i> hacer) o acción, para afrontar cada una de ellas, en base al grado de prioridad que establece el Plan de Salud, (NAD, ND).⁴¹</p> <p>Además se determinará si la acción propuesta conlleva o no gasto adicional. Se trata de valorar la factibilidad de acciones que, básicamente, requieran cambios de tipo organizativo, funcional o de tipo normativo de la gerencia, de la Dirección del Servicio o de la institución, organización o asociación comprometida. En este caso, se trata de valorar la importancia de construir viabilidad estratégica a las operaciones o acciones a través, por ejemplo, de conseguir la adhesión de los compañeros/as o de la población, sindicatos, gestores y/o responsables políticos, en su caso, para la realización de las acciones propuestas.</p> <p>Otra tarea es la de señalar qué organización, institución,</p>	<p>El objetivo para los grupos de las Zonas Básicas de Salud, (Perfil A) es que se puedan formular las acciones necesarias para aplicar en las líneas de actuación y/o colaboración de al menos uno de los tres problemas priorizados en la sesión anterior (la 6ª), en las categorías de; <i>salud- enfermedad; de salud pública, de atención sanitaria y de atención socio-sanitaria.</i></p> <p>Los grupos específicos de Hospitales, de Salud Mental y de Direcciones de Áreas de Salud se limitarán a dicha formulación en aquellas Líneas de Actuación/ Colaboración relacionadas con las funciones del respectivo servicio, centro u organización a la que pertenezcan.</p>

⁴¹ NAD: Norma de Aplicación Directa. ND: Norma Directiva

	<p>servicio y/o persona deberá responsabilizarse de su ejecución y/o coordinación, y el plazo previsto para su realización.</p> <p>(Véase Anexos cuestionarios-7-8)</p>	
<p>Taller -8. Plan de acción (II)</p>	<p>Esta sesión de trabajo tiene como objetivo completar un plan operativo, determinando los indicadores por Línea de Actuación/Colaboración; indicando su fórmula; la cifra en caso de que se conozca y si fuera posible de modo comparativo entre el nivel más próximo y el siguiente: el Área de Salud respectivo, Canarias u otro que se considere oportuno, además de los plazos para su seguimiento. (Anexos I y V del Proyecto del III Plan de Salud). También se considera de interés la posibilidad de utilización de indicadores de evaluación de cumplimiento previstos en el anexo IV del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias de 28 de enero de 2015.</p> <p>Se debe finalizar esta sesión de trabajo determinando la opinión del grupo sobre las dificultades o problemas de tipo técnico, administrativo, normativo, de formación, cultural, político, económico, etc. que el grupo se estiman que pueden dificultar o impedir el desarrollo de las</p>	<p>Tanto la formulación de los indicadores como su disponibilidad pueden constituir una dificultad ya que los establecidos para el Plan de Salud, no siempre son adecuados para el nivel de desagregación requerido en la micro o la mesogestión.</p> <p>Para el análisis de la previsión de las dificultades para el desarrollo del Plan en el entorno y contexto del grupo, se pretende orientarle desde la concepción de la <i>planificación estratégico situacional</i> como metodología apropiada a entornos de incertidumbre y problemas cuasi o mal estructurados.</p>

	<p>acciones propuestas para el cambio pretendido.</p> <p>(Véase Anexos cuestionarios- 7-8)</p>	
<p>Taller -9. (Opcional) Conferencia de Salud</p>	<p>Los talleres de la etapa local de la Conferencia Insular de Salud, deben finalizar con un encuentro entre todos los grupos de trabajo de cada isla, en unas jornadas que se le puede denominar Foro de la Conferencia Insular de Salud del Área de Salud Consejo de Salud del Área y a celebrar después de, al menos cuatro semanas, de finalizada la 8ª sesión. Es el período mínimo para poder analizar y preparar la organización y presentación de dicha Conferencia, siempre que se cuente con la decisión política y el apoyo necesario.</p> <p>El objetivo, entre otros, será facilitar un espacio de intercambio y reflexión sobre todos los aspectos trabajados en los talleres.</p>	<p>Se planteó como opcional en la medida en que cuando se realizaba la producción de la acción formativa no estaba garantizada la posibilidad de la realización de la Conferencia. La decisión política para su visto bueno se produjo con posterioridad.</p>

6.4.3. Fuentes, contenido y análisis de la etapa insular de la Conferencia: Las Conferencias Insulares de Salud

FUENTE	CONTENIDO	ANÁLISIS
El sistema de salud en la isla	Conferencia coloquio impartida por el Director/a del Área de Salud, o cargo directivo de la Gerencia o Dirección Gerencia. Se trata de ofrecer un diagnóstico de la situación de salud, de la organización, actividad asistencial, financiación y retos de la dirección y gestión sanitaria de la isla.	La información objetiva con datos e indicadores de salud y producción asistencial ofrece una visión amplia y global de la situación desde la perspectiva de los responsables de la atención sanitaria de la isla. Se proporciona así la oportunidad de conocer y analizar, con información y datos oficiales, la visión de la Administración sobre la situación de la salud, de la asistencia sanitaria y de los retos que se plantean.
Panel específico I. Análisis de la situación de Salud percibida en la isla.	En este panel se realiza la presentación, seguida de coloquio, de los resultados de los talleres 1, 2 y 3, de “Innovando en la Gestión de la Salud”, realizados en la etapa local. La presentación es realizada por profesionales, que han participado en la etapa local como monitores o en el equipo coordinador insular. Las presentaciones son las siguientes: Problemas de salud-enfermedad	Cada presentación se prepara con los datos facilitados por la coordinación central de la Conferencia, que facilita un formato genérico de presentación para unificar los procedimientos y normas de presentación que permitan posteriormente la comparación. También se facilitan los datos de los talleres ya procesados para facilitar su análisis y la preparación de las exposiciones.

	<p>Problemas de salud pública Problemas de calidad de vida Problemas de asistencia sanitaria Problemas de atención socio-sanitaria</p> <p>La presentación específica de problemas de salud mental se realizó en Gran Canaria, Tenerife y La Gomera.</p>	<p>El equipo central de coordinación realiza una jornada de trabajo a cada isla con el equipo coordinador local y para apoyar el proceso también a nivel de la dirección política de la Dirección del Área de Salud y correspondientes Gerencias, principalmente de las islas no capitalinas.</p>
--	--	---

<p>Panel específico II. Diálogo Apreciativo</p>	<p>En este panel se realiza la presentación seguida de coloquio, de los resultados de los talleres 4 y 5, de “Innovando en la Gestión de la Salud” realizados en la etapa local.</p> <p>Hitos de la reforma sanitaria en la isla. Que hacemos bien. Fortalezas, Acciones innovadoras. Reinversión: que podemos dejar de hacer para poder hacer Imagen horizonte</p>	<p>Estas dos matrices se confeccionaron por el equipo coordinador de la Conferencia. La matriz que valora las operaciones o acciones por estimación por grado de efectividad o de impacto potencial: alta (xxx ó valor 1,5), media (xx ó valor 1) o baja (x ó valor 0,5).Para ello se utiliza el criterio de la efectividad en el cálculo de grado básico de prioridad de Hanlon. (Restrepo H. E, y Málaga H. , 2001)(265) La efectividad entendida como la eficacia real con que el problema pueda ser alterado o solucionado con las técnicas y los medios materiales, humanos, organizativos o económicos disponibles. Se refiere a la probabilidad de que el colectivo o la situación problema, objeto de la acción, se beneficie de la</p>
---	--	---

		<p>aplicación de una atención o acción determinada en condiciones reales o habituales en la práctica.⁴²</p> <p>La matriz que alinea las operaciones por Líneas de Actuación y Colaboración del Proyecto del III Plan de Salud, pretende facilitar la operacionalización de las operaciones propuestas en las Conferencias, en los planes de salud y por tanto también en los contratos programas de las instituciones sanitarias en cada uno de los niveles, de Zona Básica, de Área de Salud y a nivel Canarias.</p> <p>En las Áreas de Salud de Gran Canaria y de Tenerife se optó por desagregar la información de la isla en zona norte y sur, correspondientes al área de influencia de los complejos hospitalarios correspondientes que se reparten la referencia</p>
--	--	--

⁴² Formula de Hanlon: Grado Básico de Prioridad = (tamaño + severidad) x efectividad de solución.

PEARL, asignando puntuación de 1 o 0 la presencia o ausencia de los siguientes componentes: Compromiso comunitario (P), Factibilidad Económica (E); Aceptabilidad (A), Disponibilidad de Recursos (R) y Legalidad (L).

El grado Final del Prioridad : grado Básico de Prioridad x PEARL

		de las Zonas Básicas de Salud de la isla.
Panel específico III. Acciones propuestas para planes de acción de problemas priorizados	<p>Presentación los resultados de los talleres 6, 7 y 8, de “Innovando en la Gestión de la Salud”.</p> <p>La presentación se hace con la relación de las operaciones propuestas por los grupos de trabajo ordenadas en dos matrices:</p> <p>Acciones relacionadas con los problemas priorizados y ordenados por categorías (Salud-Enfermedad, Calidad de Vida, Salud Pública, Asistencia Sanitaria y Atención socio-Sanitaria) y alineados por Líneas de Actuación y de Colaboración del proyecto del III Plan de Salud y según estén o no contempladas en los Programas de Gestión Convenida o Programas Estratégicos de las Direcciones de las Áreas de Salud.</p> <p>Acciones relacionadas con los problemas priorizados y ordenados por categorías (Salud-Enfermedad, Calidad de Vida, Salud Pública, Asistencia Sanitaria y Atención socio-Sanitaria), y ordenadas por estimación de la efectividad de</p>	<p>Estas dos matrices se confeccionaron por el equipo coordinador de la Conferencia.</p> <p>La matriz que valora las operaciones o acciones por estimación por grado de efectividad o de impacto potencial: alta (xxx ó valor 1,5), media (xx ó valor 1) o baja (x ó valor 0,5) .Para ello se utiliza el criterio de la efectividad en el cálculo de grado básico de prioridad de Hanlon. (Restrepo H. E, y Málaga H. , 2001)(266)</p> <p>La efectividad entendida como la eficacia real con que el problema pueda ser alterado o solucionado con las técnicas y los medios materiales, humanos, organizativos o económicos disponibles. Se refiere a la probabilidad de que el colectivo o la situación problema, objeto de la acción, se beneficie de la aplicación de una atención o acción determinada</p>

	actuación o acción propuesta.	<p>en condiciones reales o habituales en la práctica.⁴³</p> <p>La matriz que alinea las operaciones por Líneas de Actuación y Colaboración del Proyecto del III Plan de Salud, pretende facilitar la operacionalización de las operaciones propuestas en las Conferencias, en los planes de salud y por tanto también en los contratos programas de las instituciones sanitarias en cada uno de los niveles, de Zona Básica, de Área de Salud y a nivel Canarias.</p> <p>En las Áreas de Salud de Gran Canaria y de Tenerife se optó por desagregar la información de la isla en zona norte y sur, correspondiente al área de influencia de los complejos hospitalarios correspondientes que se reparten la referencia</p>
--	-------------------------------	---

⁴³ Formula de Hanlon: Grado Básico de Prioridad = (tamaño + severidad) x efectividad de solución.

PEARL, asignando puntuación de 1 o 0 la presencia o ausencia de los siguientes componentes: Compromiso comunitario (P), Factibilidad Económica (E); Aceptabilidad (A), Disponibilidad de Recursos (R) y Legalidad (L).

El grado Final del Prioridad : grado Básico de Prioridad x PEARL

		de las Zonas Básicas de Salud de la isla.
Trabajo de grupos	<p>De modo general, cada grupo trabajó sobre tres problemas específicos, definidos previamente por el comité organizador y de acuerdo con el ranking en la priorización operacional del análisis de los resultados del Área de Salud, realizado en el taller 3 de la acción formativa previa “Innovando en la Gestión de la Salud”.</p> <p>En el caso de los grupos de salud mental se añadió el criterio de relevancia según interés a juicio del grupo coordinador.</p> <p>Se realizó un análisis grupal de los problemas y posibles acciones respondiendo a las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué podemos hacer? - ¿Qué podemos dejar de hacer para poder hacer? - Ideas clave o conclusiones relevantes obtenidos en el grupo de trabajo. <p>En los Foros de Fuerteventura y El Hierro, se optó por el debate en plenario a continuación de las presentaciones, en vez del trabajo grupal.</p>	<p>Tras el trabajo grupal, los relatores con la ayuda de un equipo técnico y administrativo, prepararon las presentaciones en Power Point, con las conclusiones de cada grupo de trabajo.</p> <p>Las propuestas de los grupos de trabajo, junto a las aportaciones realizadas en el debate posterior en el plenario, fueron recogidas en las memorias y traspuestas a las matrices correspondientes para su alineación y toma en consideración para el futuro anteproyecto del Plan Insular de Salud.</p>

<p>Panel general (opcional)</p>	<p>El comité coordinador a nivel autonómico propuso dos temas considerados centrales en la agenda política y del plan de salud, los relacionados con la integración de servicios y con la participación.</p> <p>El panel es formado por una mesa de debate con invitados de la isla o de fuera que realizan una presentación y posterior coloquio.</p> <p>No todas las islas deciden organizar este panel.</p>	<p>Las conclusiones del panel general son recogidas en las relatorías y publicadas en la correspondiente memoria de la Conferencia Insular como Anexo. Las propuestas que pudieran surgir como acciones también se incluyen en las matrices de acciones para las Líneas de Actuación y Colaboración del Plan.</p>
<p>Cuestionarios de evaluación de los participantes del Foro Insular de la Conferencia</p>	<p>Se utiliza un cuestionario anónimo de evaluación del foro de la Conferencia”, dirigido a los/as participantes en los Foros. Consta de 10 preguntas de las que 1 son abiertas y el resto cerradas. De estas la mayoría son politómicas y categorizadas contando con un espacio abierto para observaciones del respondedor</p> <p>El cuestionario fue entregado con la documentación en el momento de la inscripción y recogido a la finalización del evento.</p> <p>(Anexo 5)</p>	<p>El índice de respuestas en relación a los participantes fue variable, entre un 20% y 60% según la isla, a excepción de la isla Fuerteventura que no pudo ser aplicado.</p>

<p>Cuestionarios de evaluación de los monitores de la acción formativa “Innovando en la Gestión de la Salud” incluyendo los talleres</p>	<p>Se utiliza un cuestionario anónimo de evaluación de la acción formativa “Innovando en la gestión de la Salud”, dirigido a los/as monitores/as de los talleres. Consta de 34 preguntas de las que 2 son abiertas y el resto cerradas. De estas las hay de tipo numérico, y dicotómicas, pero la mayoría son politómicas y categorizadas contando con un espacio abierto para observaciones del respondedor. Se distribuyen en cinco secciones, indicando el número de preguntas: Características del participante (6); valoración general de la acción formativa y de investigación-acción (4); evaluación del curso (8); evaluación de la plataforma educativa moodle (4) y valoración general de los talleres (12).</p> <p>El cuestionario fue distribuido por correo electrónico, para su cumplimentación después de la finalización de la acción formativa y de los talleres.</p> <p>(Anexo 6)</p>	<p>De las 34 preguntas del cuestionario fueron seleccionadas para el análisis 26 de ellas:</p> <p>Características del participante (6); valoración general de la acción formativa y de investigación-acción (3); evaluación del curso (6); evaluación de la plataforma educativa moodle (1) y valoración general de los talleres (10).</p> <p>La respuesta fue del 66% de los 91 monitores.</p>
--	--	---

7.- RESULTADOS

El objeto de este capítulo no es ofrecer toda la información obtenida en la Conferencia para la realización del diagnóstico o análisis de la situación percibida de salud y las acciones propuestas por los participantes como parte del proceso de territorialización del Plan de Salud de Canarias a través de los Planes Insulares de Salud y, en su caso, de Zonas Básicas. Esa información ya está recogida y publicada por la Dirección del Servicio Canario de la Salud (267) y es precisamente uno de los objetivos de la Conferencia de Salud de Canarias (Epígrafe 3.9.2.)

Lo que se pretende con los resultados obtenidos y desarrollados en este capítulo, es desarrollar la condición de la Conferencia de Salud, como instrumento potencialmente eficaz y efectivo en la territorialización y operacionalización participativa y estratégica del Plan de Salud. La demostración de su eficacia vendría dada por la coherencia entre los objetivos de la Conferencia de Salud de Canarias, (Epígrafe 3.9.2.) con los contenidos, fuentes y organización y con las metodologías utilizadas para alcanzarlos.

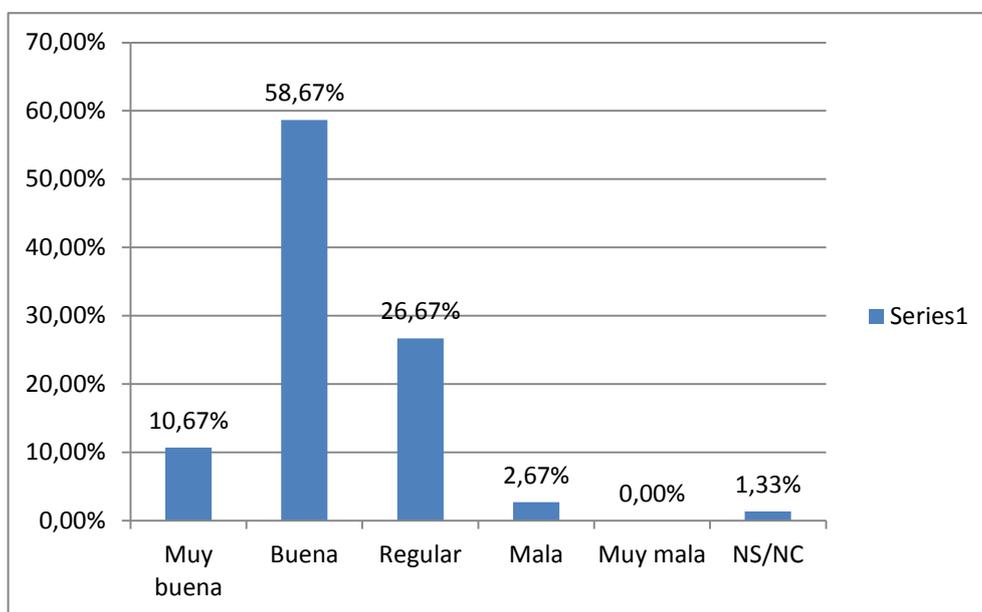
7.1. EL CURSO DE LA ACCIÓN FORMATIVA “INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE LA SALUD. III PLAN DE SALUD DE CANARIAS”

En total participaron 1.403 personas en la acción formativa, de las cuales 374 en la opción individual y 1.029 en los talleres. Del total de las participantes en los talleres, el 94% (966) cumplieron con los requisitos para su acreditación por asistencia a los talleres y el 82,3% (308) de los inscritos en la opción individual. El reconocimiento de la acción formativa fue debidamente acreditada por el Programa de Formación Continuada del Servicio Canario de la Salud, Radio ECCA y la Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC. La evaluación del curso se realizaba acertando 10 de las 15 preguntas tipo test. La acreditación de la participación en la opción de grupos exigía la entrega por el monitor del cuestionario de cada una de las sesiones de los talleres y la acreditación por el monitor/a de la participación en, al menos, el 66% de las reuniones de grupo, además de la condición de apto en la evaluación del curso (Tabla 7.1).

La valoración general de la acción formativa, incluyendo los talleres, fue realizada a través del cuestionario anónimo de evaluación de la acción formativa “Innovando en la gestión de la Salud”, dirigido a los/as monitores/as de los talleres, tal y como se indica en el epígrafe 7.4.3 y anexo 6. Contestaron al cuestionario el 81,3% de los grupos (74 de los 91 grupos) de la etapa local de la Conferencia. La valoración general del curso y talleres fue buen o muy buena para el 69,34% y el resto regular (26,67%) o mal (2,67%). (Ver Gráfico 7.1).

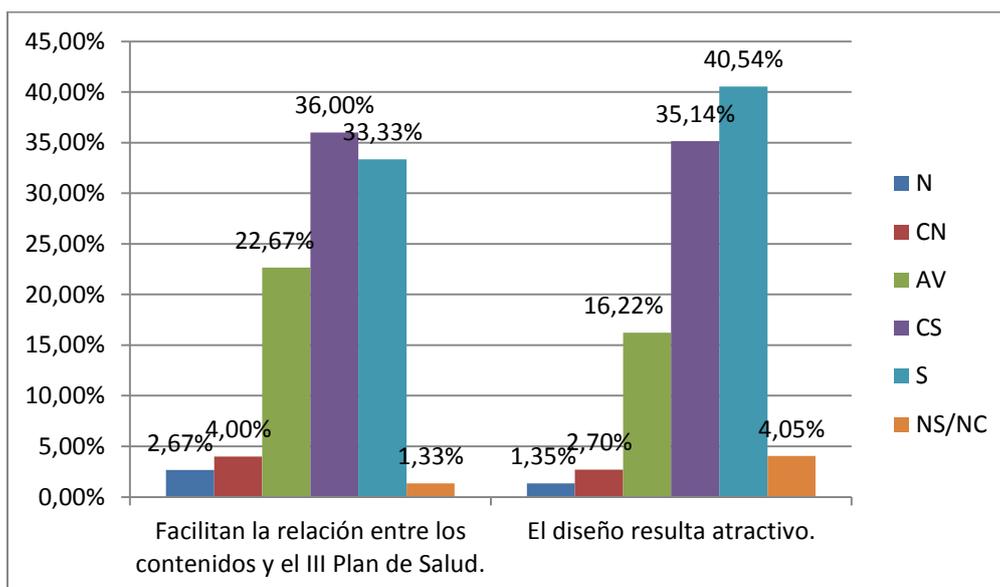
El diseño de los esquemas de clase resulta atractivo siempre o casi siempre al 75,68% de los/las monitores/as de los grupos. Y en cuanto a si facilitan la relación entre los contenidos y el III Plan de Salud, el 69,33% consideran que siempre o casi siempre; el 22,67% a veces y el 4% nunca. El 2,67 no sabe o no contesta. (Gráfico 7.2)

Grafico 7.1.- Valoración general de la acción formativa “Innovando en la gestión de la salud. III Plan de Salud de Canarias”. (Curso Ecca y talleres). 2014.



Fuente: Elaboración propia.

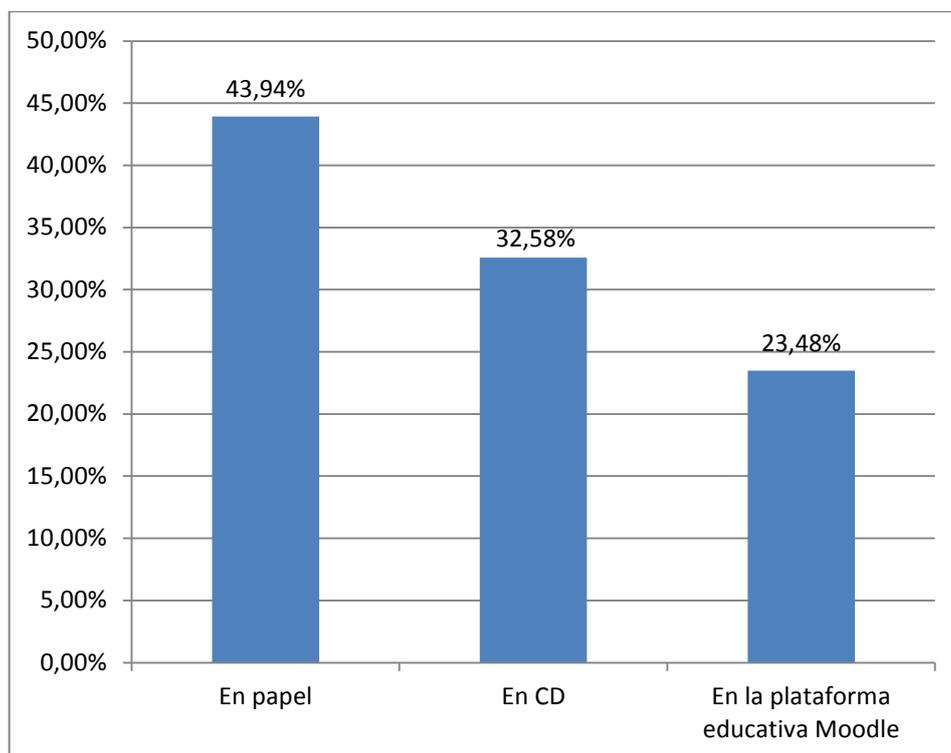
Grafico 7.2. - Valoración del diseño y de la relación entre los contenidos del curso y el proyecto del III Plan de Salud, en la acción formativa “Innovando en la gestión de la salud. III Plan de Salud de Canarias”. 2014.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tipo de soporte o material específico, utilizado como apoyo para la preparación y gestión del trabajo en los talleres, el 43,94% utilizó preferentemente el papel; el 32,58% el CD y el 23,48% la plataforma educativa moodle. En este material se incluían sugerencias metodológicas, instrucciones para el desarrollo de los talleres, documentos, anexos, etc. (Gráfico 7.3).

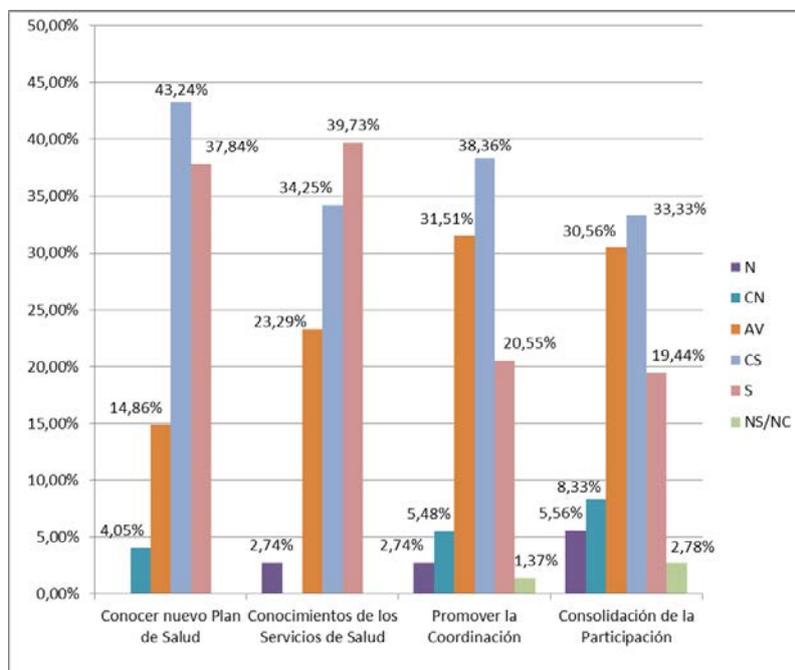
Gráfico 7.3.- Proporción de tipos de soporte (Papel, CD o plataforma educativa Moodle), utilizado para la consulta del material específico del monitor/a de la acción formativa “Innovando en la gestión de la salud. III Plan de Salud de Canarias”. 2014.



Fuente. Elaboración propia

En cuanto al alcance de los objetivos pretendidos por la acción formativa (Gráfico 7.4.) la mayoría de los monitores/as hace una buena valoración del grado de cumplimiento de los mismos (ver objetivos en epígrafe 6.1.2.1.-a). Los dos primeros objetivos específicos alcanzan una muy buena o buena valoración (más del 74% de los monitores/as de los talleres). El tercer y cuarto objetivos también son bien valorados (56% y el 59%, respectivamente).

Gráfico 7.4.- Valoración porcentual del grado de dificultad para alcanzar cada uno de los objetivos específicos de la acción formativa, “Innovando en la gestión de la salud. III Plan de Salud de Canarias” en un rango de cinco grados de libertad (de ninguna dificultad a muchísima).



Fuente. Elaboración propia

7.2. TALLER 1. EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN PERCIBIDA EN CADA ISLA EN EL PERIODO 2008-2014, POR LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO Y USUARIOS

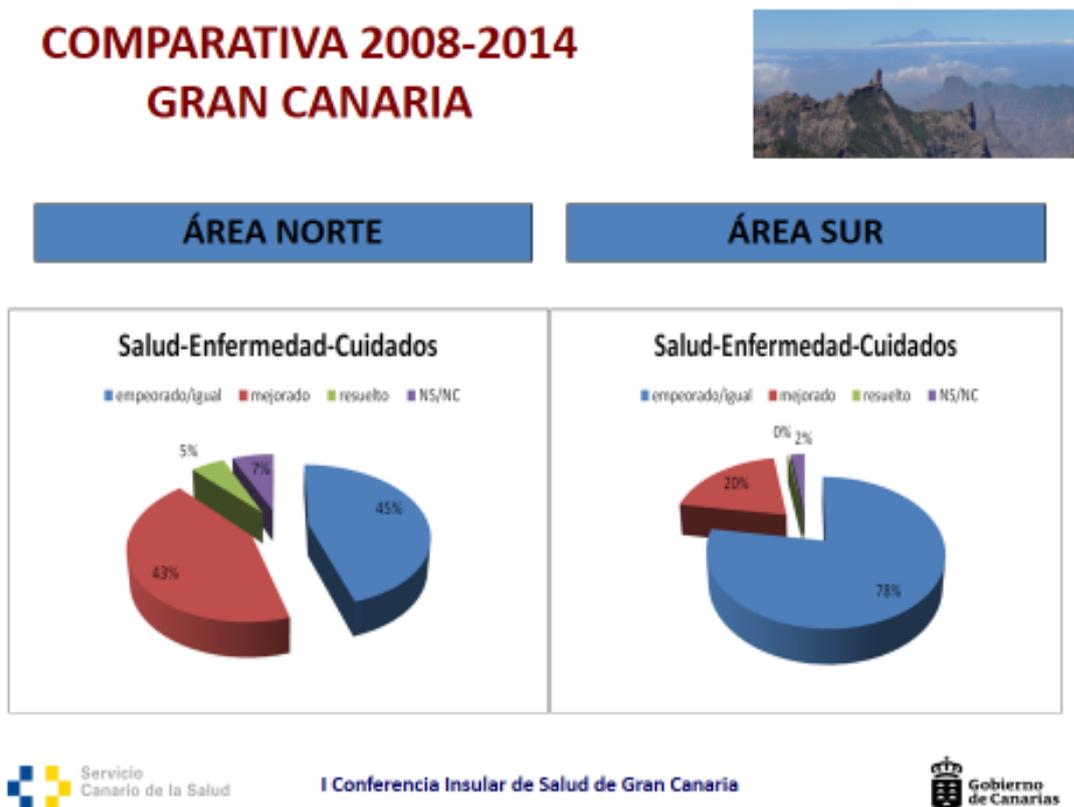
La comparación 2008-2014, de la situación percibida de salud permite evidenciar cambios por islas y a nivel de Zonas Básicas, tal y como se refleja en el apartado, *Evolución de los grupos de problemas 2008 – 2014*, en las memorias de las Conferencias Insulares (268). Llama la atención la marcada diferencia entre las áreas del norte y sur de las islas de Gran Canaria y Tenerife. En todas las categorías de problemas se ha producido una percepción de empeoramiento/sigue igual más marcado en el sur respecto al norte salud - enfermedad - cuidados en Gran Canaria, 78% respecto al 45% (Gráfico 7.5); o en atención sanitaria, 57% y 49% en la isla de Tenerife respectivamente (Gráfico 7.6). En los problemas de salud-enfermedad cuidados, con un 71% Tenerife sur, La Palma con 72% seguido de 60% Lanzarote las zonas que perciben los mayores índices de empeoramiento/sigue igual de la situación (269) (270) (271).

También es posible valorar la situación de cada problema concreto y su evolución en las diferentes esferas o ámbitos, desde el autonómico al insular y por zonas básicas de salud. En

este nivel local y de competencia fundamentalmente municipal. Como ejemplo de grado de definición de problema, se puede consultar el anexo 9, del que extraemos algún ejemplo como del situado en el ámbito de problema de Salud Pública, y en la pregunta 10, *La deposición, recogida y tratamiento de basuras*: “Falta de puntos limpios e infraestructuras para reciclaje en Guía”; o bien “Accidentes laborales por manipulación de productos químicos”, de la pregunta 21, *Relacionadas con las condiciones de trabajo de grupos significativos de trabajadores o inmigrantes de la localidad* (Dentro del bloque de otros problemas relacionados con la calidad de vida y las condiciones de trabajo y empleo). En este caso se trata de un problema que *ha mejorado*, a juicio del grupo correspondiente.

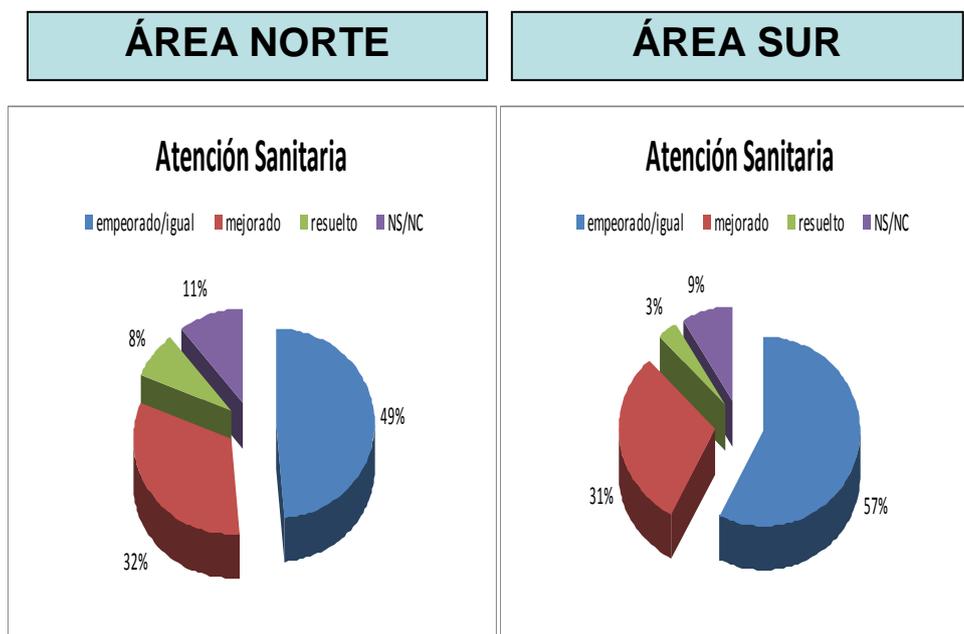
Esta utilización de los datos permite una monitorización cualitativa para la gestión de la situación de salud que adquiere especial relevancia como instrumento en los espacios de participación institucionales o comunitarios.

Gráfico 7.5.-- Evolución porcentual de los problemas percibidos de Salud-Enfermedad Cuidados en la isla de Gran Canaria en el periodo 2008-2014.



Fuente: Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria. Consejería de Sanidad 2015

Gráfico 7.2. Evolución porcentual de los problemas percibidos de Atención Sanitaria en la isla de Tenerife en el periodo 2008-2014.



Fuente: Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria. Consejería de Sanidad 2015

En un análisis más particularizado de los datos de la Conferencia de se confirman las diferencias descritas en el ámbito de la salud mental:

Observamos que los participantes perciben mejoras en la zona norte de la isla de Tenerife, en relación a la coordinación de atención primaria y las Unidades de salud Mental (USM), problema que se había identificado en 2008. Y en la zona sur, mejoras en la accesibilidad a los profesionales de Salud Mental, así como los talleres puestos en marcha para rehabilitación de la misma. Sin embargo, en ambas zonas coinciden que ha empeorado la masificación de las consultas, la falta de personal y por ello, la enorme lista de espera. Destacando en la zona sur además, el auge de la patología mental (272).

7.3. TALLER 2. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

El cuestionario genérico utilizado en el año 2008 contenía las mismas 36 preguntas con los mismos bloques temáticos, pero con espacio abierto para las respuestas (273). Este criterio utilizado para el cuestionario semi-estructurado, tiene la ventaja de poder recoger los problemas tal y como se formulaban por el grupo. Sin embargo el inconveniente de la complejidad de su análisis y la opción de poder comparar con la situación anterior, planteó la necesidad de agrupar categorías de las más de siete mil expresiones utilizadas en las respuestas aportadas en aquel estudio. En este nuevo cuestionario genérico, se semicerraron las respuestas con las categorías más frecuentes y priorizadas en el año 2008, pero dejando la

opción de añadir otras nuevas, en función de las aportaciones singulares de cada grupo (Ver Anexo 3, Sesión 2, Cuestionario genérico).

Posteriormente se ha realizado una segunda depuración por el equipo investigador para aumentar el rigor de este procedimiento, triangulando la generación de los códigos de respuestas entre al menos tres miembros del equipo (274).

⁴⁴ Con este nuevo paso se realiza el análisis de la priorización de cada isla, integrando las dos áreas de Gran Canaria y Tenerife en cada isla, y que también permaneces desagregadas a efectos de los Programas de Gestión Convenida de las gerencias y direcciones gerencias correspondientes, y se ha podido establecer el ranking de priorización para el conjunto de la Comunidad Autónoma.

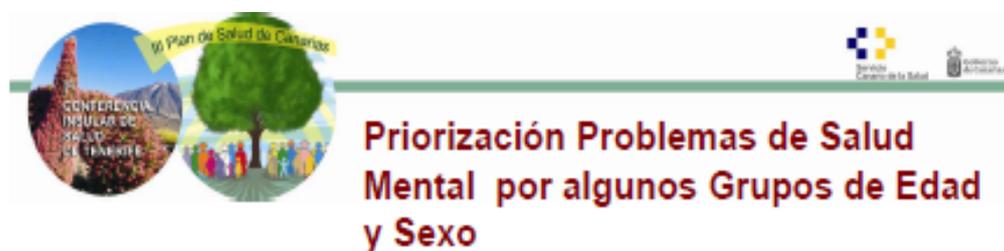
En la categoría de problemas de Salud-Enfermedad se establece la identificación por algunos grupos de edad y sexo correspondientes a las preguntas 1 a la 7 del *cuestionario genérico* lo que ha permitido realizar una aproximación al perfil epidemiológico percibido por zona básica, por isla y a nivel del archipiélago. La referencia propuesta para las edades no se realizó de forma aproximada en coherencia con la dinámica grupal y la posibilidad de comparar con el estudio del año 2008: *niños pequeños, escolares, jóvenes, mujeres de 25-50 años aproximadamente, hombres de 25-50 años aproximadamente; mujeres mayores; hombres mayores*.

En las tablas 7.2, 7.3 y 7.4, se muestran ejemplos de la información elaborada y presentada en las Conferencias Insulares (275). (Ver Anexo 10 el perfil de Lanzarote).

En las tablas 7.1 y 7.2, "Priorización de problemas de salud mental por algunos grupos de edad y sexo, percibidos en Tenerife y Gran Canaria, se indican los problemas con la puntuación media, por grado de prioridad, otorgada por los grupos de la isla en un rango de 0 (no prioridad) a 10 (máxima prioridad).

⁴⁴ Documento en elaboración

Tabla 7.2. Relación de problemas de salud mental percibidos y priorizados en un rango de valor 0 a 10 por grado menor a mayor de importancia en salud pública, y clasificados por algunos grupos de edad y sexo en la isla de Tenerife. 2014.



Problemas de Salud Mental	Niños Pequeños		Escolares		Jóvenes		Mujeres 25 – 50		Hombres 25 – 50		Mujeres Mayores		Hombres Mayores	
	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.
ALCOHOLISMO					5,8	8	4,1	4	5,8	9			5,1	9
DEMENCIA											4,3	9	5	8,5
DEPRESIÓN									4,8	8	6,6	9		
DROGAS					5,7	8,5		4	4,9	8,5				
ANSIEDAD-ESTRÉS-DEPRESIÓN							6,2	8,5						
ANOREXIA-BULIMIA-VIGOREXIA					5,3	8,5								
VIOLENCIA DE GÉNERO							5,5	7,5			0,2			
VIOLENCIA EN GENERAL					6	6								
SOLEDAD											6	4	6,7	

Fuente: Memoria Conferencia Insular de Salud de Tenerife. (SCS, 2015)

Tabla 7.3. Relación de problemas de salud mental percibidos y priorizados en un rango de valor 0 a 10 por grado menor a mayor de importancia en salud pública, y clasificados por algunos grupos de edad y sexo en la isla de Gran Canaria. 2014.

Priorización Problemas de Salud Mental por algunos Grupos de Edad y Sexo

Problemas de Salud Mental	Niños Pequeños		Escolares		Jóvenes		Mujeres 25 – 50		Hombres 25 – 50		Mujeres Mayores		Hombres Mayores	
	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.	A.N.	A.S.
ANSIEDAD-ESTRÉS-DEPRESIÓN							8,5	8,3						
ALCOHOLISMO					6,8	7,5	5,1	5,1	8,1	7,7	0,5	6,8	5,2	
SOLEDAD											7,7	6,7	6,2	5,3
DEPRESIÓN									5,5	7,5	7,5			
DROGAS					7,4	8,1	5,3	5,3	6,8	7,3				
DEMENCIA											7,2	6,3	6,5	6,3
ASMA			6,5	6,7										
ENFERMEDADES MENTALES		0,5	0,5		1,7			5,8	6,3	6,4	5,9	8,5	4,9	
VIOLENCIA DE GÉNERO							6,2	6,9						
ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS							6,0	7,2						
AISLAMIENTO											5,7	5,9		
VIOLENCIA EN GENERAL	0,2	0,1	0,2	0,2	5,7	6,5								
ANOREXIA-BULIMIA-VIGOREXIA					4,5	5,4								

Tabla 7.4.- Relación de problemas ponderados y desglosados por tipo y agrupados por grandes categorías: Muestra de informe de Fuerteventura. 2014 (Tabla completa de la isla de Lanzarote en anexo 10)

		Otras (Sedentarismo)	0,25	
		Otras (Sexualidad)	0,25	
	07. Hombres Mayores (Sesión 2)		Demencia	8,50
			Enfermedades de próstata	8,25
			Soledad	7,75
			Hipertensión	7,25
			Problemas cardiovasculares	7,25
			Disfunción sexual	6,25
			Enfermedades mentales	6,25
			Cáncer	5,75
			Diabetes	5,75
			Enfermedades osteoarticulares	5,75
			Alcoholismo	5,25
			Tabaquismo	5,25
			Enfermedades respiratorias	5,00
	Obesidad	5,00		
	Dislipemia	4,75		
SALUD PÚBLICA	08. Agua Potable (Sesión 2)		Precio excesivo del agua	7,50
			Falta coordinación con otros estamentos	6,00
			Red incompleta de abastecimiento	6,00
			Baja calidad del agua	5,00
			Otras (Falta de Información)	0,25
			Otras (Problemas con niveles físico-químicos)	0,25
	09. Agua Residual (Sesión 2)		Red Incompleta de abastecimiento	7,00
			Baja calidad del agua	5,50
			Falta coordinación con otros estamentos	5,50
			Precio excesivo del agua	5,25
			Otras (Aguas Residuales en mal estado)	0,50
			Otras (Insuficiente Red de Alcantarillado)	0,50
			Otras (Depuradora Insuficiente)	0,25
			Otras (Falta de Información)	0,25
		Otras (Nor respeto Horarios de Riego)	0,25	
	10. Recogida Basuras (Sesión 2)		Mejorar recogida para reciclaje	6,75
			Falta educación y actitud de la población	6,00
			Falta de mantenimiento contenedores	5,75
			Falta punto limpio	5,75
			Contenedores insuficientes	4,25
			Otras (Recogida del Reciclaje)	0,75
			Otras (Limpieza y Mantenimiento de la Vía Pública)	0,50
			Otras (Campañas de concienciación a la población)	0,25
	11. Ratas e Insectos (Sesión 2)		Existencia de pulgas y mosquitos	6,75
			Existencia de plagas de cucarachas	6,50
			Existencia de hormigas	5,25
			Existencia de ratas	5,25
			Otras (Palomas)	0,25
	12. Contaminación		Contaminación acústica	6,00

7.4. TALLER 3. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

Los problemas priorizados en cada una de las cinco categorías se agruparon por islas en las de El Hierro, La Palma, Gomera, Fuerteventura y Lanzarote, en las que los servicios sanitarios asistenciales públicos de cada una isla constituyen una estructura de gestión integrada en las Gerencias de Servicios Sanitarios. En las islas capitalinas y más pobladas de Gran Canaria y Tenerife el análisis de los problemas se realizó por área norte y sur, incluyendo las zonas básicas de los correspondientes territorios. En cada una de estas islas coexisten tres gerencias con autonomía de gestión, la de Atención Primaria y dos Direcciones Gerencias de Atención Especializada para cada uno de los dos grandes Complejos Hospitalarios que se reparten la atención sanitaria de 2º nivel u especializada. Incluyen cada uno Centros de Atención de Especialidades, como consultorios externos a cada hospital y servicios para toda Canarias o específicamente para las islas que son referentes (Ver Anexo 9). Las funciones de salud pública y de la actividad inspectora y de la gestión de la compra de la provisión concertada de servicios se realiza en cada isla desde las Direcciones del Área de Salud en el Servicio Canario de la Salud. En un momento posterior, a efectos del análisis cualitativo de los problemas percibidos de salud se ha integrado el análisis por isla, tal y como se comentó en el capítulo anterior (276).

Con esta aproximación fragmentada de la población y el territorio, en los resultados de la priorización, se ha podido perder la perspectiva insular en el análisis pero también se ha pretendido acercar los grandes hospitales a la situación en que su población vive y percibe la atención que se le presta, como ocurre de forma más cercana en las islas no capitalinas con gerencias de servicios sanitarios integrados. Esta decisión de agregar los datos por las zonas básicas del hospital de referencia, tiene que ver con el objetivo estratégico de contribuir a seguir moviendo el centro de gravedad del modelo clínico – asistencial cerrado y hospitalocéntrico, más marcado en estas islas más pobladas, hacia el modelo de hospital que el Plan de Salud propone, más orientado hacia las cronicidades, integrado con la atención primaria, socio-sanitaria y la salud pública, además de más humano y sensible a las demandas de sus usuarios.

Se percibe las diferencias ya referidas en la comparación 2008-2012, de mayor precariedad en las condiciones de salud y calidad de vida y de trabajo para las zonas del sur que del norte de las islas de Gran Canaria y Tenerife, tal y como se puede apreciar en las muestras de los datos presentados en los paneles específicos de las Conferencias Insulares de Salud (Ver Tablas 7.4 a 7.7).

La presentación de resultados de los problemas en las respectivas Conferencias Insulares de Salud se realizó utilizando un criterio general por orden de prioridad. En las tablas que se presentan correspondientes a Gran Canaria, Tenerife y Gomera (Tablas a, b, c, d y h), se optó por indicar el número de orden resultado de la priorización de los diez primeros problemas. Cuando en la columna correspondiente, de las áreas norte y sur de las islas referidas, no se indica el número de orden es porque la puntuación obtenida lo sitúa después del nº 10 en el ranking. En el resto de las tablas aparece la cifra correspondiente a la puntuación obtenida por

el criterio indicado que se obtiene al multiplicar el número del orden de prioridad resultante del trabajo grupal, por el número de veces que se repite el problema en los diferentes grupos.

Tablas 7.4 y 7.5. Priorización de principales problemas percibidos de Salud – Enfermedad de Tenerife y de Gran Canaria por áreas norte y sur. 2014.



Comparativo de prioridades

PROBLEMA	A. NORTE	A. SUR
Obesidad	1	1
Alimentación inadecuada	2	2
Diabetes	3	7
Enfermedades cardiovasculares	4	4
Alcohol	5	8
Sedentarismo	6	3
Tabaquismo	7	9
Drogas	8	6
Enfermedades osteoarticulares	9	---
Hipertensión Arterial	10	10
Ansiedad / Estrés / Depresión	---	5

Priorización Problemas de Salud / Enfermedad (I)

PROBLEMA	A. NORTE	A. SUR
Alimentación inadecuada N: escolares, jóvenes y hombres de 25-50 años S: desde edad escolar	1	1
Problemas Cardiovasculares N: en personas mayores. S: a partir de 25 años	2	3
Diabetes N: en especial en hombres y mujeres mayores. S: también control/complicaciones	3	4
Obesidad , desde edad escolar y en mujeres N: mujeres mayores	4	2
Ansiedad / Depresión N: en mujeres de 25-50 años y mayores S: problemas de Salud Mental	5	10

I Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria

Fuente: Memorias Conferencias Insulares de Salud de Tenerife y Gran Canaria. (277) (278)

Las islas de mayor cantidad de grupos darán puntuaciones más altas para conseguir un orden de prioridad inferior a la de islas con menos grupos con puntuaciones inferiores. Es el caso del problema de la *falta de centros para la atención a personas dependientes*, en las islas de El Hierro (dos grupos) y Fuerteventura (6 grupos) que ocupan el segundo lugar en El Hierro, con 13 puntos y el primero en Fuerteventura con 45 puntos, cuando en esta isla la puntuación de 14, ocupa el 9º en el ranking (Ver Tablas 7.12 y 7.13).

Tablas 7.6 y 7.7.- Priorización de principales problemas percibidos de Salud Pública de Tenerife y de Gran Canaria por áreas norte y sur. 2014.



Priorización Problemas de Salud Pública TENERIFE

ÁREA NORTE	ÁREA SUR
1- Elevado precio de la cesta de la compra	1- Elevado precio de la cesta de la compra y variedad escasa
2- Mal estado de las carreteras	2- Falta de hábitos alimentarios
3- Falta de hábitos alimentarios	3- Baja calidad del agua de consumo
4- Depósito, recogida y tratamiento de basuras: falta de educación y actitud de la población	4- Barreras arquitectónicas (aceras, viviendas, infraestructuras...)
5- Elevado precio del agua	5- Falta de infraestructuras: Hospital del Sur

Priorización Problemas de Salud Pública I

Obtenido de Talleres (Grupos de Trabajo) del curso INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE LA SALUD (2014)

PROBLEMA	A. NORTE	A. SUR
Barreras arquitectónicas	1	9
Condiciones de viviendas N: falta de mantenimiento, humedades y barreras arquitectónicas S: infraestructuras de bajo nivel económico, salubridad, hacinamiento	2	5
Elevado precio de la cesta de la compra	3	1
Falta de hábitos alimentarios saludables / mala alimentación	4	4
Baja calidad del agua	5	8
Escasa oferta de ocio para jóvenes	6	---
Falta de espacios verdes	7	7
Desprendimientos	8	---

I Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria

Fuente: Memorias de las Conferencias Insulares de Salud de Tenerife y Gran Canaria. (279) (280)

Tablas 7.8 y 7.9. Priorización de principales problemas percibidos de Calidad de Vida de La Gomera y de Lanzarote. 2014.



Priorización problemas de calidad de vida

PROBLEMA
• Desempleo
• Precariedad
• Falta de Centros de Día
• Ansiedad / Estrés
• Economía sumergida
• Inestabilidad laboral
• Desmotivación
• Falta de formación laboral
• Déficit de recursos humanos
• Aumento de personas sin recursos



Priorización Problemas de Calidad de Vida

Aumento del desempleo	77
Precariedad laboral	53
Inestabilidad laboral	37
Estrés / ansiedad	31
Aumento de personas sin recursos	18
Prestaciones insuficientes (seguridad social y jubilaciones)	14
Economía sumergida	13
Alta dependencia del pensionista	10
Falta de guarderías	10

Fuente: Memorias de las Conferencias Insulares de Salud de Tenerife y Gran Canaria. (SCS, 2015)

El ejercicio de priorización de los diez problemas más importantes a juicio del grupo, ha podido ser más complejo en algunas de las categorías como el bloque de preguntas de la 8 a la 18, de "Factores que están determinando la salud-enfermedad-cuidados en la gente de la zona básica de salud y que estén relacionados con ...". Este grupo comprende tanto los habituales problemas de salud pública, (la nº 8, *abastecimiento de agua potable* o la nº 12, *existencia de contaminación ambiental: humos, ruidos, olores*) como otros de mayor complejidad de su respuesta social, técnica, administrativa y política: la nº 17, *cadena alimentaria: disponibilidad, precios, calidad, variedad, etc. Para satisfacer una dieta equilibrada, saludable y económica*. U otras dentro de esa misma categoría y del bloque de la pregunta 27 a la 32, "Otros problemas relacionados con la calidad de vida y las condiciones de trabajo y empleo", dirigidas hacia los determinantes sociales de la salud (*Salud en todas las Políticas*) para cuyos problemas es fundamental la acción interinstitucional e intersectorial en el ámbito territorial local e insular y no solo global o nacional. En esta categoría se recogen problemas que se repiten en los tres primeros lugares de todas las islas: nº 20, *Relacionados con la situación de empleo (desempleo, contratos eventuales e inestabilidad, sobreexplotación, subempleo, etc.)* o la nº 24 *Relacionados con la existencia de solidaridad/insolidaridad o violencia en la zona*.

Tablas 7.10 y 7.11. Priorización de principales problemas percibidos de Asistencia Sanitaria de La Palma y de Gran Canaria por áreas norte y sur. 2014.

Priorización Problemas de Asistencia Sanitaria

• Recursos humanos insuficientes	75
• Listas de espera en general y atención especializada	73
• Déficit transporte sanitario	58
• Falta de recursos materiales en general y en urgencias	48
• Mal uso de servicios en general y del servicio de urgencias	46
• Infraestructuras insuficientes en general y centros específicos	45
• Falta de tiempo para atender al paciente	36
• Falta de coordinación	28
• Hiperfrecuentación	25
• Masificación	25

Servicio Canario de la Salud | I Conferencia Insular de Salud de La Palma | Gobierno de Canarias

Priorización Problemas de Asistencia Sanitaria

PROBLEMA	A. NORTE	A. SUR
Listas de espera (en especial pruebas diagnósticas de imagen y salud mental, en asistencia hospitalaria y CAE) S: también en especial sociosanitario	1	1
Falta de coordinación AP-AE en general y en especial en urgencias y salud mental	2	2
Mal uso de los servicios en general y en especial urgencias S: solo incluye urgencias (AP y Hospital)	3	5
Masificación en asistencia sanitaria de urgencias en Centros de Salud y Hospital	4	9
Deficiencias en el transporte sanitario (urgente y no urgente)	5	---

Servicio Canario de la Salud | I Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria | Gobierno de Canarias

Fuente: Memorias de las Conferencias Insulares de Salud de La Palma y Gran Canaria. (281) (282)

Tablas 7.12 y 7.13.- Priorización de principales problemas percibidos de Atención Socio Sanitaria de El Hierro y Fuerteventura. 2014.

Priorización Problemas de Atención Sociosanitaria

Escasez de recursos socio-sanitarios	14
Falta de centros para atención a pacientes dependientes	13
Falta personal de atención domiciliaria	13
Falta de programas de prevención (drogodependencias)	12
Escasez de recursos económicos	10
Falta atención a drogodependientes	9
Falta de centros específicos	8
Escasez de voluntariado	8
Mala coordinación entre servicios	8
Masificación de los servicios	7

Servicio Canario de la Salud | I Conferencia Insular de Salud de El Hierro | Gobierno de Canarias

RESPUESTAS Y PRIORIZACIÓN GRUPOS DE TRABAJO (Sesión 3)

SOCIOSANITARIO	VALOR
Falta de centros (C. Personas Dependientes, C. de Día, C. Específicos)	45
Falta de Recursos Humanos	38
Faltan Ayudas de Primera Necesidad	19
Déficit de Atención Domiciliaria (Centros, RRHH,)	19
Falta de Recursos Económicos	18
Falta Atención Drogodependencia (Centros, RREE)	17
Burocratización de Necesidades Sociales	17
Escasez de Recursos A. Sociosanitaria (Centros, Servicios, Programas, Proyectos)	15
Listas de Espera	14
Escasez Voluntariado	11
Mala Coordinación entre los Servicios	3
Falta de Piscinas	2
Falta de Programas de Prevención	2
Masificación de los Servicios.	1

Servicio Canario de la Salud | I Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura | Gobierno de Canarias

Fuente: Memorias de las Conferencias Insulares de Salud de El Hierro y Fuerteventura. (SCS, 2015)(283) (284)

7.5. TALLER 4. DIÁLOGO APRECIATIVO (I)

7.5.1. Hitos de la Reforma Sanitaria

¿Qué logros destacaría, en la zona-espacio de trabajo en los últimos 20 años? En esta pregunta los grupos varían su reflexión desde planteamientos diferentes a veces como proceso de reforma sanitaria con perspectiva más histórica; desde la visión de los determinantes de la salud, o con más frecuencia centradas en eventos programáticas o instrumentales incidiéndose más en los aspectos clínico –sanitarios. Aunque, en general se da una combinación de todas. Además, en las presentaciones no todas las islas integraron las aportaciones de los grupos en un solo informe insular. Las islas menores, con un menor número de grupos de discusión en la fase local, facilitaron una visión más cercana que permite conocer mejor y compartir en el plenario las experiencias de cada zona o ámbito asistencial o de salud pública respectivos.

Visión más local. Grupo de Vallehermoso en la Gomera (285):

- Puesta en marcha del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) en la isla.
- Instauración de la cloración automática del agua potable.
- Puesta en funcionamiento de la farmacia de Chipude
- Residencia de mayores y centro de discapacitados de Vallehermoso
- Mejora de las instalaciones deportivas
- Mejora de las carreteras generales
- Servicio de ayuda a domicilio más estable

Grupo de la zona básica de salud de Gran Tarajal en Fuerteventura (286):

- 1998-2004: Atención a la inmigración en pateras.
- Aumento de especialidades en el centro: Unidad de Salud Mental,
- Inicio y puesta en marcha de la Red de Escuelas Promotoras de Salud.
- Desarrollo de los cuidados paliativos domiciliarios.
- Creación del centro de rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales.
- Creación del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Equipo de atención a menores en riesgo.
- Creación de escuelas deportivas municipales.
- 2007: Ampliación del Centro de Salud y nueva área de urgencias con 3 camas de adulto y 2 pediátricas de observación.
- Extensión de la dirección de área: 1 administrativo además de farmacéutico y veterinario en salud pública.

La reforma de la Salud Mental. (CIRPAC. Conferencia Insular de Gran Canaria) (287)

- 1984.- Reforma psiquiátrica.
- 1995.- Creación y puesta en marcha de las Unidades de Salud Mental
- 1996.- Proyecto RISEM (Rehabilitación Laboral)
- 1997.- Inicio de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Inicio Asociación familiares AFESUR
- 1998.- Creación del CIRPAC. Proyecto RUTA de Inserción Laboral (AFAES)
- 2001.- Plan de Acceso al Empleo
- 2004.- Inicio del Hospital de Día Infanto Juvenil
- 2004-2005.- Creación de las Miniresidencias y el ETAC
- 2005.- Inicio Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (EMOSAM) y Programa de Alojamiento Alternativo
- 2007.- Cierre de las Unidades de Rehabilitación Activa (URA) y apertura de la Unidad de Clínica y Rehabilitación (UCyR)
- 2008.- Inicio de la Unidad de Media Estancia (UME)

7.5.2. Fortalezas, ¿qué hacemos bien?, acciones innovadoras

- **Percepción de fortalezas** Cita previa centralizada -012- (La Palma) (288)
 -
 - Centros de Salud adecuados a las necesidades de la población (La Palma)
 - Profesionales motivados e interesados en mejorar la asistencia sanitaria de los usuarios (La Palma)
 - Profesionales con años de experiencia en el manejo de los problemas de salud de la Zona (La Palma)
 - Creación equipo multidisciplinar de rescate de montaña (La Palma)
 - Sistema sanitario público. (Gran Canaria)
 - RRHH: voluntad de trabajo, humanidad, sentido de pertenencia y cohesión, profesionalidad, alta resiliencia y creatividad. (Gran Canaria)
 - Estructura organizativa de la red sanitaria (urgente y no urgente) y de atención mental (comunitaria, sectorizada, en red) (Gran Canaria)
 - Instalaciones e infraestructura sanitaria. Recursos materiales y equipos diagnósticos. (Gran Canaria)
 - Subvención de medicamentos. Receta electrónica. Uso racional de los medicamentos(Gran Canaria)
 - Hemodiálisis domiciliaria. (Gran Canaria)

- Órganos de participación: Consejos de Salud. Mayor conciencia de participativa ciudadana y democracia social. (Gran Canaria)

■ **Percepción de lo que hacemos bien**

- Cultura de seguridad. Cultura a de evidencia científica. (Lanzarote) (289)
- Indicadores de actividad. Disminución de la estancia media quirúrgica. (Lanzarote)
- Seguridad en técnica anestésica (Lanzarote)
- Programa de salud mental infanto -juvenil.(Gomera)
- Apoyo a las familias de Los enfermos mentales. (Gomera)
- Inspecciones para verificar el Cumplimiento de la ley de Medidas frente el tabaquismo.(Gomera)
- Gestión de las alertas sanitarias.(Gomera)
- Labores de inspección en seguridad alimentaria y sanidad .(Gomera)
- Planes Estratégicos. Programa de gestión convenida (Gran Canaria).
- Servicios y hospitales de referencia autonómica: trasplante, laboratorio microbiológico, Pet-AC de referencia provincial, Infertilidad humana, Cirugía Cardíaca Infantil, Lesionados Medulares, Implante Coclear, UElyMT. (Gran Canaria)
- Apoyo económico a familias necesitadas (El Pinar-Frontera. El Hierro)
- Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Actividades en centro de día (El Hierro)
- La creación de la figura del enfermero gestor de casos (El Hierro)

■ **Iniciativas innovadoras**

- Botiquín solidario (ZBS de Arrecife I)
- Cirugía menor y espirometrías se hacen en el mismo centro de salud y no se deriva a especializada. (ZBS Mala-Haría)
- Muro de facebook del Consejo de Salud (ZBS Mala-Haría)
- Conexión telemática Atención Primaria – Atención Especializada (interconsulta virtual)(Tenerife)
- Atención psicológica en UVI (Tenerife) (290)
- Modelo de trabajo en red en el espacio de RHB y trabajar en la cultura de la recuperación(Tenerife)
- Programa Caixa proinfancia y Proyectos de colaboración social: proyecto miremos con ojos de niño (Fundación la Caixa) (Gran Canaria)
- Radioterapia intraoperatoria. Terapia endovascular. Protocolos piel-piel (madre y padre). Unidad de transición neonatal (Gran Canaria)
- Aula de Pacientes, Canal Salud, Plan de Visitas Escolares "Conoce tu Hospital".
- Taller de risoterapia a los profesionales(Gran Canaria)
- Gestión de costes por servicio. (Gran Canaria)
- Unidades de gestión clínica. (Los cuatro complejos hospitalarios de Canarias)

7.6. TALLER 5. DIÁLOGO APRECIATIVO (II)

7.6.1. Reinversión

Responder a la pregunta *¿Qué podemos dejar de hacer para poder hacer?* ha sido una de las cuestiones que más difícil resultó trabajar en los grupos. Algunos grupos señalan “nada” o “no se puede dejar de hacer lo que se hace”. Sin embargo en la reflexión que ha generado han surgido algunas aportaciones que se repiten, de las que destacamos algunas:

- Reducir la demasiada educación individual para promocionar la grupal.
- Dedicar recursos a diagnóstico y tratamiento de pacientes sin beneficios en salud.
- Hospitalizar a pacientes que pueden ser atendidos ambulatoriamente.
- Adaptar las exploraciones de los niños a las indicadas por los expertos según edad.
- Recurrir al tratamiento farmacológico en lugar de escuchar al paciente.
- Invertir en la sanidad privada para emplear ese dinero para mejorar tecnología en la sanidad pública.
- Dejar de hacer la revisión médica laboral por prevención y educación laboral.
- Reducir las consultas administrativas para realizar tareas correspondientes a los profesionales, como completar la historia única del paciente.
- Dejar de mantener las mismas tareas a personal y redistribución de los recursos humanos para optimizar funciones (porteros, celadores, seguridad, auxiliares enfermería).

7.6.2. Imagen horizonte

En las instrucciones para el desarrollo de los talleres, la indicación para el trabajo grupal de esta sesión es la siguiente: *“Pensar que tenemos un sueño y nos despertamos después de diez años. Entonces nos preguntaríamos ¿Cómo nos gustaría que fuera en ese momento la situación objeto del ejercicio? Par ello debemos tener muy claro cuál es el actor que está formulando el plan y, también la misión de la organización”*.

A modo de ejemplo se refieren algunas de las visiones de cada una de las Conferencias Insulares, que permiten crear una imagen objetivo con muchas aportaciones comunes. La presentación se hace también de diferentes formatos: por grupo y localidad o institución; por categorías de ámbitos como gestión, recursos, prestaciones, profesionales, población”.

De una manera general referimos algunas de las *imágenes* presentadas (Conferencia Insular de Salud de Tenerife) (291):

■ Sobre gestión:

- Organización más participativa, en la que incluso la elección de la dirección de zona fuera más democrática.
- Con mayor implicación de todos los organismos competentes en temas de salud.

- Equitativo e independiente políticamente.
- Con una gestión profesionalizada, transparente y objetiva con acceso en tiempo real a los datos abierto tanto para los profesionales como para los usuarios.

■ **Sobre prestaciones:**

- Que se cubriera la atención buco-dental de forma completa y se incluyera podología en atención primaria.
- En la que haya una red de atención en salud mental infanto-juvenil más completa.
- Que exista una buena oferta municipal para la juventud.

■ **Sobre los profesionales:**

- Con equipos de trabajo pequeños con facilidad para encontrar soluciones a los problemas disminuyendo la burocratización innecesaria.
- Recuperación de los derechos laborales perdidos.
- Humanizado.

■ **Sobre la población:**

- Y con mayor educación por parte de la población en el uso del sistema.

Otras aportaciones de diferentes Conferencias Insulares:

- Espacios deportivos en los Centros de Salud y otras terapias alternativas y complementarias.
- En el que la gestión económica de Salud Mental sea propia y no dependiente de la Gerencias Hospitalarias.
- Un sistema socio-sanitario público, gratuito, universal, serio, responsable, eficiente, equitativo, de calidad, satisfactorio, bien presupuestado, sostenible, participativo y multidisciplinar.
- Tenemos una sanidad independiente de las influencias políticas.
- Una atención integral, respetuosa de las creencias y valores de las personas.

Porque:

“Para que algo sea posible, primero hay que soñarlo” (Conferencia Insular de Salud de Tenerife)

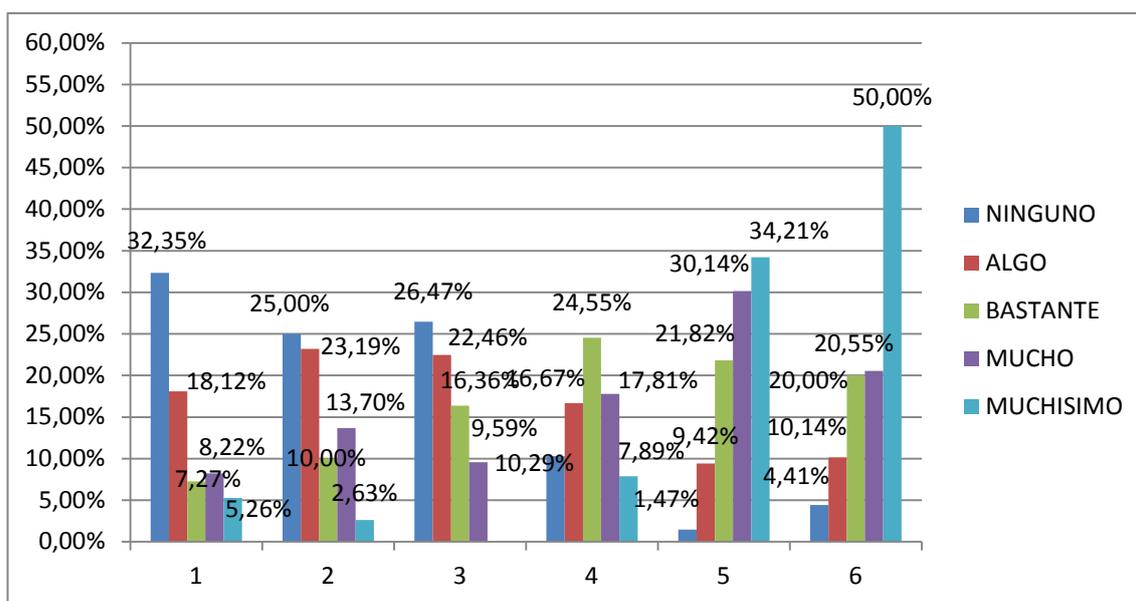
7.7. TALLER - 6. FORMULACIÓN DE ACCIONES POR LÍNEAS DE ACTUACIÓN / COLABORACIÓN DEL III PLAN DE SALUD

Este taller ha sido percibido con el segundo mayor grado de dificultad de todos. El 64,3 % de los monitores de los grupos lo consideraron de mucha o muchísima dificultad (Gráfico 7.14).

Esta sesión se realizó prácticamente de forma continua con las dos siguientes (sesiones 7 y 8) que fueron las que ocuparon la mayor parte del tiempo del trabajo de estas últimas tres sesiones. Hubo dificultades para establecer la posible relación entre las tres variables de esa sesión: *Problemas priorizados*, *acciones reconocidas como innovadoras* o que *estamos haciendo bien* y referidas con anterioridad en la sesión 4, y la correspondencia con las correspondientes *líneas de actuación o de colaboración* del III Plan de Salud.

La falta de tiempo para la realización de los talleres, por la presión ejercida desde el nivel central, junto a la baja disponibilidad para la supervisión en esas sesiones más complejas, constituyeron motivos para las dificultades de los grupos en esta sesión. De un modo general, esta conclusión puede deducirse de la información proporcionada por la valoración de monitores y asistentes a las Conferencias Insulares, a través de los cuestionarios de evaluación aplicados y de las manifestaciones en los debates (292).

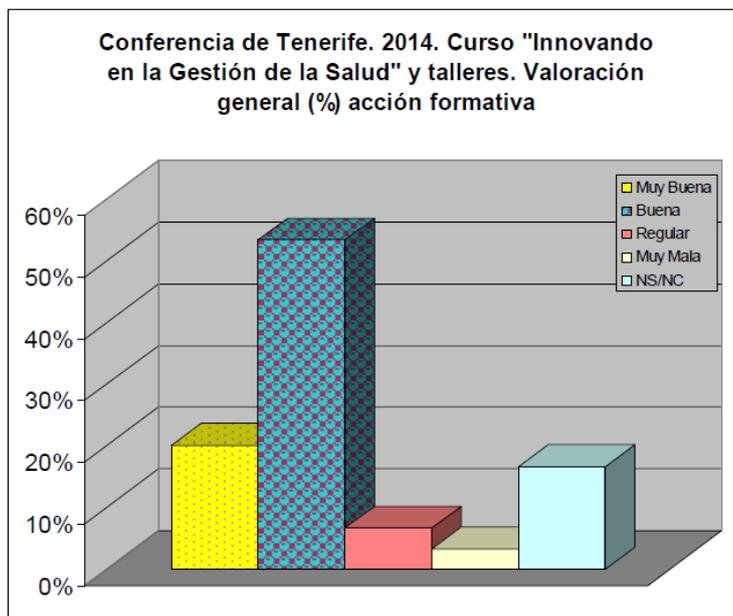
Gráfico 7.14.- Valoración porcentual del grado de dificultad (De ninguno a muchísimo x 5 gl) de cada una de las seis sesiones (*) de los talleres de la etapa local de la Conferencia de Salud, “Innovando en la gestión de la salud” en un rango de cinco grados de libertad (de ninguna dificultad a muchísima).



Fuente: Elaboración propia

(*) Correspondencia de la numeración con el número de la sesión: N° 1, 2, 3 y 6, = Sesiones 1, 2, 3 y 6 ; N° 4= sesión 4 y 5; N° 6= sesión 7 y 8

Gráfico 7.15.



Fuente: Elaboración propia

7.8. TALLER -7-8. PLAN DE ACCIÓN

Estas dos últimas sesiones fueron percibidas con el mayor grado de dificultad de los talleres al tener una valoración de mucha o muchísima dificultad para el 70,5% de los monitores de los grupos (Ver Gráfico 7.14).

Todos los grupos alcanzaron a formular las acciones para afrontar los problemas priorizados. Muchos grupos, e incluso algunas de las islas no capitalinas, completas, alcanzaron a precisar si conllevaba gasto adicional e incluso consiguieron formular los indicadores tal y como se recomendaba en las guías, pero tampoco hubo capacidad por parte de la unidad de coordinación de analizar esas variables. Era muy importante cerrar el análisis para su devolución y debate final en las Conferencias Insulares para crear las condiciones objetivas técnicas y de gestión estratégica y participativa, para que el siguiente equipo de Gobierno de Canarias, salido de las urnas y previsiblemente favorable a este Plan, con alto nivel de consenso político, tuviera la legitimidad necesaria para no interrumpir el proceso planificado, tan necesario en estos momentos difíciles y el peligro de un retraso quizás interrupción del III Plan – que en realidad es el II de casi 6º que se podrían haber tenido desde las transferencias) y con un alto nivel de participación. La presión del tiempo sobre los equipos coordinadores a nivel insular y central para poder devolver la información en la etapa Insular - las Conferencias Insulares de Salud, antes de finalizar el año lo hizo inviable. El límite de tiempo venía dado por la inminente aprobación del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017, por el

Consejo de Gobierno antes de la finalización de la legislatura. Finalmente no pudo completar el trámite y no pudo ser aprobado.⁴⁵

Se contaba con escasos recursos, la limitación de la herramienta informática utilizada, poca dedicación a la supervisión a los monitores/as y, también, porque hubo muchos grupos que devolvieron la información en papel y no en dicho soporte, por lo que hubo que realizar esa tarea manual en el nivel central. Se priorizó la apuración y tabulación de todas las acciones por categorías de problemas priorizados, por zonas básicas, por tipo de grupos por niveles /entidades, por Áreas de Salud o islas y en el caso de Gran Canaria y Tenerife por dos áreas funcionales de atención, norte y sur, de cada una de ellas.

Los datos referidos para el análisis se han organizado en dos matrices que organizan las operaciones propuestas con formatos complementarios. Por un lado las operaciones por estimación de eficacia potencial (efectividad) de actuación sobre cada uno de los problemas priorizados a nivel insular y de áreas funcionales Norte y Sur en las Islas de Tenerife y Gran Canaria. La segunda matriz, alineando cada una de las acciones agrupadas por problemas priorizados y por líneas de actuación y colaboración del Proyecto del III Plan de Salud 2015-2017, y según estén o no contempladas o no por las correspondientes Gerencias o Direcciones Gerencias en su Programa de Gestión Convenida (PGC) o por las Direcciones de las Áreas de Salud en sus respectivos Programa Estratégicos anuales. Estos dos instrumentos de gestión del Servicio Canario de la Salud constituyen por un lado, el contrato programa que firma cada Gerente o Director Gerente con la Dirección del Servicio Canario de la Salud y que afecta a los servicios asistenciales de Atención primaria y atención especializada. Por otro lado, el compromiso que adquiere el Director/a del Área de Salud con lo que pretende llegar a ser un presupuesto por programa aún en fases muy iniciales en su aplicación.

La riqueza de la metodología cualitativa utilizada para la identificación y formulación de los problemas (ver epígrafe 3.6.6. de dialogo apreciativo y 3.6.5. investigación acción participativa) presenta la ventaja de proporcionar una manifestación directa de la percepción de la realidad de los participantes explicada por ellos mismos como actores que viven en ella en función de su acción, y del lugar o institución en la que se desenvuelve su vida cotidiana. Esta circunstancia es fundamental en la gestión del cambio por su implicación como sujetos en el problema y en la acción potencial en su gestión. Pero ello también supone una dificultad para la sistematización de la información cuando se pretende dirigir el proceso de participación hacia el marco del Plan de Salud y, en particular de los Planes Insulares de Salud.

Con esta finalidad se agruparon los problemas de forma operacional. A modo de ejemplo, el *problema de atención a las urgencias* (Ver Tabla 7.15) comprende los de “Mal uso de servicios de urgencias” [47], junto a “Masificación (en general, de urgencias extra-hospitalarias,

⁴⁵ El Proyecto del Plan de Salud fue aprobado el día 30 de Enero del 2015. El 2 de febrero entró por registro oficial en el Parlamento y el día 17 de abril se convocó la primera Comisión de Sanidad para iniciar su tramitación. Los partidos de la oposición rechazaron no quisieron forzar el debate y el partido del gobierno tampoco por lo que el Plan no pudo completar el trámite del informe preceptivo parlamentario para su devolución y aprobación por Decreto del Gobierno. El 24 de mayo se celebraron las elecciones autonómicas y locales.

urgencias” [43]. Otro ejemplo utilizado en el estudio es el de los problemas de Salud – Enfermedad, (Ver Tabla 7.14) en el que se integran como primer problema de salud: “Obesidad” [43] con sedentarismo” [34] y “Alimentación inadecuada” [33]. La razón operacional es que la respuesta social al problema la obesidad es común a los otros dos por estar asociada tanto, y en gran parte, por la estrategia para su control y prevención como problema de salud pública, como de su etiopatogenia. El cálculo del peso específico ponderado se realiza por frecuencia de aparición y lugar de priorización, estableciendo su inversa y agrupando por códigos para ofrecer un valor a los problemas por categoría y Zona Básica y posteriormente isla. (Epígrafe 6.1.4.2, taller 3)

La agrupación operacional realizada puede ser discutible según quien y para que se utilice. En este caso el planificador se pone en el lugar del que firma el Plan Insular de Salud, o sea el Director del Área de Salud (Isla), como presidente del órgano colegiado de dirección, el Consejo de Dirección del Área de Salud y del órgano de participación, el Consejo de Salud del Área para su ejecución por los correspondientes Gerentes y territorializado, a su vez en el ámbito local de la Zona Básica de Salud – municipios.

A partir de la primera Conferencia Insular, la de Fuerteventura, se fue aprendiendo y corrigiendo el proceso de las conferencias, aprendiendo cada día y, en cierto modo haciéndose camino al andar, adaptándose a cada realidad insular pero sin perder la direccionalidad de la situación objetivo claramente definida de las Conferencias, en la necesidad de articular su proceso hacia la formulación de los anteproyectos de los Planes y la capacitación y sensibilización de profesionales, gestores y ciudadanos para su gestión participativa.

Como muestra de la metodología utilizada se ha escogido a modo de ejemplo los datos de la Conferencia Insular de Salud de Lanzarote. Por ser un sistema local de salud bien estructurado con una trayectoria interesante como gerencia única además del hecho de que hayan participado las siete Zonas Básicas de Salud de la isla con la implicación de cada uno de sus Consejos de Salud de Zona Básica (La única isla que tiene Consejos de Salud activos en todas las ZBS). Además, y como en todas las islas, la implicación de gestores, profesionales de hospitales, equipos de atención primaria, de salud pública, y el motor de la Gerencia de Servicios Sanitarios con la Dirección del Área de Salud, fue desde el primer momento uno de los motores importantes que dio impulso al proceso de las Conferencias Insulares.

7.8.1. Acciones por grado potencial de impacto en los problemas priorizados.

La ponderación de la “capacidad potencial de impacto” de las acciones seleccionadas, para afrontar el / los problemas priorizados en cada una de las variables establecidas (Epígrafe 6.1.4.1), se realizó desde el nivel central de coordinación y no desde el nivel local, o insular, como estaba previsto. El cálculo de esta variable se estableció basándose en la fórmula de

Hanlon para el cálculo del Grado Final de Prioridad⁴⁶ (Restrepo H. E. y Málaga H. 2001)(293), que combina el grado básico de prioridad del problema (producto del grado básico de prioridad por efectividad de solución) multiplicado por la voluntad política o PEARL (Compromiso comunitario (P); factibilidad económica (E), Aceptabilidad (A), disponibilidad de recursos (R) y legalidad (L). El rango que se establece es de (xxx= 3), (xx=2) y (x=1) de mayor a menor “capacidad potencial de impacto”. Para la tarea de la priorización de la sesión 3 de los talleres, se le facilita al monitor la posibilidad de apoyarse en el Anexo II del “Manual del profesor”, *Criterios para utilizar en la priorización de los problemas identificados*.

En las tablas 7.14 y 7.15 se muestran la relación de los cinco principales problemas de la categoría de Salud Enfermedad y de Asistencia Sanitaria. Las acciones se ordenan numeralmente por orden de mayor a menor *estimación de capacidad potencial de impacto* sobre el problema de mayor prioridad. Como se puede apreciar, las acciones con los valores máximos (xxx) son siempre los de mayor capacidad de actuar sobre el respectivo problema. Pero obviamente cada acción – mejor sería llamarles operaciones - tienen capacidad potencial de acción sobre otros problemas de los priorizados, que también se ponderan. Al final, en el análisis cada acción tiene una capacidad total de impacto sobre los principales problemas, que le otorga un plus de valor a considerar en su priorización. Es el caso de la primera acción de la tabla 7.15, que se planteó en el debate del plenario (P) y que se considera de un valor menor de 3 en el primer problema priorizado, al estimársele una alta capacidad de impacto en cada uno de los problemas, se le otorga un mayor valor relativo.

Los valores numéricos de la última fila de la tabla indican el total de acciones asignadas a cada problema, lo que puede dar una idea, no tanto de la calidad como de la cantidad de acciones que pueden indicar la mayor concentración del tiempo o de preocupación en los problemas tratados.

⁴⁶ GBP= (Tamaño +severidad) x efectividad de solución. Efectividad: 0,5, si el problema no puede ser resuelto; 1,0 si se resuelve parcialmente, 1,5 para la resolución total.
GFP= GBP x PEARL

Tabla 7.14: Muestra de relación de los cinco problemas percibidos y priorizados de **salud - enfermedad en Lanzarote**, y de las acciones propuestas en los **talleres (T)**; en las **relatorías (R)** y en los debates de los **plenarios (P)** de la etapa insular –Conferencia Insular -, ordenadas de menor(x) a mayor (xxx), por las estimación de efectividad (capacidad potencial de impacto) sobre el problema.

AMB I/C	OPERACIONES (Acciones)		Obesidad [43] Sedentarismo [34] Alimentación inadecuada [33]	Enfermedades cardiovasculares [42]	Ansiedad. Stress. Depresión. (algunos hacen hincapié en su relación con la crisis y en las mujeres más jóvenes) [33]	TOTAL
I, C	1.- Promover la actividad física, tanto en edad infantil como en adultos, como medio hacia el bienestar físico y mental. Tomar parte activa en el proceso. Plazo 10 meses.	R	XXX	XX	XX	7
I,C	2.- Talleres de alimentación, charlas y concursos de comida (para todos los grupos de edad) impartidas por profesionales de la salud. Plazo: en el curso del año.	R	XXX	XX	X	6
I, C	3.- Coordinar la colaboración Ayuntamiento-Centro de Salud. Responsable: Trabajador Social del centro de salud. Plazo: 12 meses	T	XXX	X	XX	6
I, C	4.- Proponer la retirada de máquinas expendedoras de bebidas azucaradas y bollería industrial. . Plazo 12 meses.	T	XXX	X		4
I, C	5.- Promocionar la deportividad no competitiva para	T	XXX	XX	X	6

	promover las actividades deportivas, fomentando la participación y el premio simbólico a la participación deportiva. Plazo: en el curso del año					
I,II,C	6.- Campañas de sensibilización-prevención (alimentación, estilos de vida saludables, pruebas de screening protocolizadas y darlas a conocer, protección solar,...). Dar a conocer datos básicos de la enfermedad (desmitificar). Plazo: en el curso del año	R	XX	XXX		5
I, II, C	7.- Fomentar coordinación entre AP-AE, así como la implicación de Servicios Sociales, Educación, Deporte, Cultura. Plazo: en el curso del año.	R	XX	XX	X	5
I, II, C	8.- Potenciar la prevención desde Atención Primaria, fomentando actividades preventivas frente a las curativas (charlas, talleres). Responsable: equipo médico-Enfermería. Plazo: en el curso del año.	T	XX	XX	X	5
I, C	9.- Implicar al profesorado para la detección y derivación de niños con problemas de sobrepeso y malos hábitos alimenticios	T	XX	X		3
I, C	10.- Fomentar y hacer regularmente charlas/talleres sobre educación infantil y de adolescentes a los padres y profesores a lo largo del curso, con la participación de pediatras - médicos-enfermeros. Responsable: Subdirectora de Z.B.S y Enfermera de pediatría Plazo: 1-2 meses.	T	XX	X	X	4
I, C	11.- Realizar una propuesta variada de desayunos	T	XX	X		3

	saludables para llevar al colegio.					
I, C	12.- Hacer talleres de alimentación, charlas y concursos de comidas y cocina saludables con los ingredientes locales de temporada, fomentando la alimentación saludable.	T	XX	X		3
I, C	13- Convocar a padres en la hora que los hijos están haciendo actividades deportivas extraescolares para abordar el tema del deporte y la alimentación saludable.	T	XX		X	3
I, C	14.- Verificar que los menús de los escolares están realizados según la normativa y cumplen los estándares de calidad. Plazo 4 meses.	T	X X			2
I, C	15.- Potenciar actividades de ocio y tiempo libre	T	X	X	XX	4
I, C	16.- Hacer un muro de Facebook de los Consejos de Salud (de Haria), donde cualquier ciudadana pueda aportar ideas o iniciativas para abordarlas en el Consejo, y haciendo una carta de presentación /invitación para colgarla en el muro.	T	X	X	X	3
II	17.- Facilitar acceso a Psicoterapia individual/grupal (en todos los grupos de edad) incluso en el ámbito de Atención Primaria (asistencia del Psicólogo /Psiquiatra al Centro de Salud). (Especialista consultor. Propuesta: Informar sobre cada paciente previa consulta con el especialista).	R	X	X	XXX	5
I, C	18- Promover la participación ciudadana junto a la organización de actividades en la comunidad.	T	X	X	X	3

I	19.- Hacer tabloneros de anuncios y buzones de sugerencias para poner en el centro de salud, colegios, ayuntamiento y asociaciones de vecinos con sugerencias de los ciudadanos y proyectos del consejo. Consensuar un logo que identifique al Consejo de Salud (de Haría) en todas las comunicaciones y/o documentos que emanen del mismo.	T	X		X	2
I, II	20.- Hacer sesiones clínicas. Responsable: Director y Subdirectora de Z.B.S. Plazo: 2 meses	T	X	XX	X	4
I, C	21.- Realizar una encuesta de hábitos en el desayuno de casa dirigida a padres de escolares. Plazo: 8 meses.	T	X	X		2
I	22.- Promover la participación (ideas, propuestas,...) ciudadana a través de la presencia de buzón de sugerencias. Conocer cuáles son los desencadenantes de "sus problemas". Plazo: en el curso del año	R	X	X	XX	4
I	23.- Potenciar el apoyo a las personas que han superado la enfermedad; fomentando la creación de grupos de apoyo personas que compartan su experiencia, implicación de Psicología y otros sanitarios,...	R		XX	XXX	5
II	24.- Posibilitar al Médico de Atención Primaria solicitar /realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía, ...)	T		XX		2

	adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo 1 año.					
II	25- Potenciar la hospitalización a domicilio. Incluir nuevos proceso crónicos de larga estancia en el hospital	T		XX		2
	TOTAL		41	35	24	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Lanzarote. 2014.

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/4b9fbc10-e8ed-11e4-aa6f-cfdf8d9a72f8/LZ_S5_%20MatrizOperacionesProblemas_%20Conferencia.pdf

Tabla 7.15: Muestra de relación de los cinco problemas percibidos y priorizados de **asistencia sanitaria en Lanzarote**, y de las acciones propuestas en los **talleres (T)**, en las **relatorías (R)** y en los debates de los **plenarios (P)** de la etapa insular –Conferencia Insular - ordenadas por la estimación de capacidad potencial de impacto sobre el problema.

AMB. I/C	OPERACIONES (Acciones)		Listas de espera (consultas especializada, pruebas) [88]	Mal uso de servicio de urgencias[47] Masificación (en general, de urgencias extrahospitalaria, urgencias [43]	Falta de tiempo para la Atención al Paciente [20]	Recursos humanos insuficientes [43]	Falta de educación sanitaria [28]	TOTAL
II III	1.-Mejorar la gestión de las reclamaciones, en cuanto a respuestas eficaces desde la administración sanitaria, y promover la implicación de los Consejos de Salud dando conocimiento e información a través de los Consejos de Salud de Zona Básica y de Área de Salud y de la Comisión de Participación Hospitalaria Plazo:- 8 meses	P	XX	XX	XX	XX	XX	10
II III	2.-Reorganizar citas en pacientes pluripatológicos Plazo: 9 meses	R	XXX	XX	XX	X	XX	10
II	3.-Potenciar la coordinación AP con AE, contemplando la figura del Coordinador AP-AE, que establecería una relación directa con el	R	XXX	XXX	XX	X	X	10

	paciente a nivel de protocolo de lista de espera y de gestión de problemas desde el punto de vista multidisciplinar Plazo: 3 meses Plazo: 6 meses							
II	4.- Optimización de recursos estructurales. Consultas externas abrir por las tardes, también quirófanos de tarde, no con jornada extraordinaria, sino con turnicidad de todos los profesionales, como se realiza en AP. Turnos Tarde al menos una vez a la semana Plazo: 6 meses	T	XXX	XX	XX	X	-	8
II	5.- Posibilitar a Médico AP solicitar/realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía,...), adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo: 1 año	T	XXX	XX	XX	-	-	7
II	6.- Mayor potenciación de la resolución en Médico de Atención Primaria (M.A.P) Plazo: 1 año	R	XXX	XX	-	X	X	7
II, III	7.- Estadística para monitorizar las listas de espera y así también el nº de enfermos. Responsable: Unidad técnica Plazo: 3 meses	T	XXX	XX	XX	-	-	7
III	8.- Entrenamiento en gestión del tiempo a todo el personal, sanitario y no sanitario Plazo:	R	XX	XX	XXX	XX	X	10

	8 meses							
II	9.- Optimización de recursos Plazo: 10 meses	R	XX	XX	XX	X	X	8
II	10.- Protocolos de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, para altas precoces, ingresos puntuales, coordinación de consultas múltiples en pacientes con pluripatologías, para pruebas diagnósticas y consultas. Plazo: 6 meses.	T	XX	XX	XX	X	X	8
II	11.- Hacer encuestas de calidad, habría que poner a alguien para realizar esta función. Responsable: Unidad Técnica de Atención Primaria Plazo: 3 meses	T	XX	XX	XX	X	X	8
II	12.- Uso de horas "paulinas" para mejora y depuración de agendas e historias Plazo: 3 meses	R	XX	XX	XXX	-	X	8
II	13.-Hacer sesiones clínicas. Responsable: Director y Subdirectora de Z.B.S. Plazo: 2 meses	T	XX	XX	XX	X		7
II, III	14.- Programación de citas de consultas con mayor antelación (No llamar 2-3 días), sino que el paciente pueda llevarse la cita desde que sale de la consulta. Mayor posibilidad de gestión del paciente de su propia cita (según su día libre, su turno de trabajo). Plazo: 2 meses	T	XX	XX	XX	-	X	7
II	15.- Buen triaje en la zona de urgencia con personal especialmente formado y entrenado	R	X	XXX	XX	-		6

	para ello. Plazo: 4 meses							
II	16.- Educar y protocolizar a la ciudadanía en cuanto al ámbito sanitario (costes) - Gerencia - 1 año	T	X	XX	XX	X	XX	8
II	17.- Crear una UAG y un triaje en la zona de urgencias y tener puestos carteles sobre el buen uso de los servicios sanitarios la existencia del servicio del 012 y del 112 mediante trípticos, etc. Responsable: Director de z.b.s Plazo: 1 mes	T	X	XX	XX	-	X	6
			37	36	34	13	15	135

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Lanzarote. 2014.

7.8.2. Acciones por problemas priorizados y alineación al III Plan de Salud

Las acciones propuesta para cada uno de los problemas priorizados, se ordenan en esta matriz (Ver Tabla 7.16 y 7.17) por orden numérico correlativo de estimación de *capacidad potencial de impacto* e indicando los siguientes atributos de la acción, con respecto al proyecto del III Plan de Salud: **A. I/C**, Ámbito de Intervención, (I, II o III) o de Colaboración (C); **AI/LA**, Área de Impacto (de **1 a 10**) y número de la Línea de Actuación en la que se puede ubicar (oscila entre 2 y 8 por cada Área de Impacto); **A/C**, Área de Colaboración (C), **1, 2, 3, 4** y número de la Línea de Colaboración que corresponde (oscila entre 2 y 6) (Ver anexo 12. Estructura y determinaciones del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017). En las tablas que se han tomado como ejemplo, las acciones del segundo problema priorizado, que en la categoría de Salud – Enfermedad se corresponde con *Las enfermedades cardiovasculares*, el orden de mayor a menor rango, por grado de *capacidad potencial de impacto*, es indicado por el orden que ocupa en las filas de arriba abajo. La cifra que le precede se corresponde con el lugar que ocupa en el primer problema.

Las cuatro últimas columnas se corresponden con la variable dicotómica de si la acción está o no contemplada en el Programa de Gestión Convenida – PGC (de carácter bienal a partir del 2013-2014) y/o en el Plan Estratégico de las Direcciones de las Áreas de Salud294– PEA. En el caso de este instrumento, en el momento de las Conferencias Insulares, las Áreas de Salud no contaban con información.

A modo de ejemplo, la operación – acción número 4, - *Proponer la retirada de máquinas expendedoras de bebidas azucaradas y bollería industrial* - ha sido priorizada en cuarto lugar por la *estimación de su capacidad potencial de impacto*, en los talleres (T) de la etapa local de la Conferencia de Salud (Acción formativa semipresencial de investigación acción participativa “Innovando en la Gestión de la Salud, con el sistema ECCA). El desarrollo de esta operación se establece en un plazo de 6 meses como una operación que formaría parte en el ámbito de las Líneas de Actuación 1.1 y a 2.1 y de la Línea de Colaboración 2.2.:

Línea de Actuación 1.1.- Potenciar programas para promoción del ejercicio físico y alimentación saludable

Aumentar la intensidad y efectividad de los programas para la promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable, potenciando las ya existentes, y en particular aquellas acciones dirigidas a niños y niñas con obesidad y con sobrepeso, para reducir el consumo de bebidas carbonatadas azucaradas, bollería, lácteos azucarados y dulces en general y promover el ejercicio físico. Se propone la utilización de los mecanismos de colaboración y difusión ya consolidados. (NAD)

Línea de Actuación 2.1.- Favorecer la participación ciudadana y los Consejos de Salud

Se deben fortalecer y estimular los espacios y los órganos de participación ciudadana del Servicio Canario de la Salud, (Consejos de Salud, CIRPAC, Comisiones de Participación Hospitalaria y Comisiones Asesoras) como espacios que favorecen el diálogo interinstitucional e intersectorial y el estímulo de las actividades de promoción de la salud. Deben ser entendidos asimismo como una estrategia y tecnología organizativa para la consulta, el seguimiento y evaluación de la gestión de la prestación sanitaria y de la calidad asistencial, de los servicios, centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud. (NAD)

Líneas de Colaboración 2.2.- (Área de Colaboración con Educación):

Colaborar con los responsables de la Consejería de Educación en el asesoramiento y gestión de los comedores escolares para asegurar sus condiciones de higiene y seguridad alimentaria, la promoción de menús saludables y contribuyendo, de modo particular, a la preservación y promoción de las condiciones nutricionales de los grupos de mayor privación social de la comunidad escolar. Asimismo colaborar en las acciones encaminadas a la reducción de máquinas expendedoras de bollería industrial, dulces, snacks y bebidas gaseosas edulcoradas en centros escolares, potenciando productos alternativos y ecológicos. (ND)

Esta operación nº 4 de la matriz de Salud-Enfermedad podría situarse también en otras líneas tanto de actuación como de colaboración. Además, su espectro de influencia no siempre cubre todas las necesidades y problemas de una determinada zona, isla o institución.

En el ejemplo de la operación en el ámbito de intervención I del Plan de Salud, que afecta a los determinantes de la salud, se ha podido observar que no hay indicación de su consideración en el PGC, ni en el PEA, sin embargo la situación es diferente en la Tabla 8.17, en el que se puede verificar que el PGC 2014-2015 contiene una gran mayoría de las acciones que la Conferencia Insular de Lanzarote propone para el Ámbito de Intervención II, en relación con la reorientación del modelo asistencial (Áreas de Impacto 4, 5 y 6 del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias.

Por la peculiaridad de las operaciones propuestas para los problemas de asistencia sanitaria (Tabla 7.17), se considera importante destacar una operación, la número 1 y por tanto con el mayor grado de estimación de *capacidad potencial de impacto* asignada, dirigida al control del problema de las Listas de Espera, como tema crítico de la agenda política actual en Canarias y en el Sistema Nacional de Salud y diríamos que en los actuales y de los sistemas públicos de salud y de protección social de los países del sur de Europa: *Mejorar la gestión de las reclamaciones, en cuanto a respuestas eficaces desde la administración sanitaria, y promover la implicación de los Consejos de Salud dando conocimiento e información a través de los Consejos de Salud de Zona Básica y de Área de Salud y de la Comisión de Participación Hospitalaria Plazo:- 8 meses (P).*

Es una operación/acción recogida en el debate del plenario, que también se propone para el problema 2º de urgencias y que toca de una forma muy coherente e integral a diferentes líneas de actuación y de colaboración y cuyo desarrollo se establece en un plazo de 8 meses como una operación que formaría parte en el ámbito de las Líneas de Actuación 2.1, 9.1. y 10.2, así como de las Líneas de Colaboración 1.1., 4.4. y 4. 6.:

Línea de Actuación 2.1.- Favorecer la participación ciudadana y los Consejos de Salud

Se deben fortalecer y estimular los espacios y los órganos de participación ciudadana del Servicio Canario de la Salud, (Consejos de Salud, CIRPAC, Comisiones de Participación Hospitalaria y Comisiones Asesoras) como espacios que favorecen el diálogo interinstitucional e intersectorial y el estímulo de las actividades de promoción de la salud. Deben ser entendidos asimismo como una estrategia y tecnología organizativa para la consulta, el seguimiento y evaluación de la gestión de la prestación sanitaria y de la calidad asistencial, de los servicios, centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud. (NAD)

Líneas de Actuación 9.1.- Potenciar las TIC's en los procesos asistenciales

Se deben potenciar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en los procesos asistenciales para favorecer la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención, la accesibilidad y la trazabilidad de pacientes entre los diferentes centros y estructuras: Historia clínica electrónica, consulta telefónica, receta electrónica, tarjeta sanitaria electrónica, control remoto de pacientes con enfermedades crónicas, telecuidados y telemedicina en general. (NAD)

Línea de Actuación 10.2.- Comunicación en Salud

El Servicio Canario de la Salud desarrollará a través de las TICs una estrategia de comunicación en salud para la población general, usuaria, y de los propios profesionales, integrando la información relevante sobre el estado de salud y la gestión sanitaria, disponible en tiempo razonable, para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad pública. (NAD)

Líneas de Colaboración 4.4.- (Área de Colaboración con otras organizaciones e instituciones)

Apoyar la colaboración con los Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias y con las sociedades científicas para el desarrollo de la investigación y la formación continuada de los profesionales sanitarios. (ND)

Línea de Colaboración 4.6.- (Área de Colaboración con otras organizaciones e instituciones)

Reforzar la colaboración con las Asociaciones de Pacientes y Familiares para contribuir a la formación de pacientes, familiares y ciudadanía, en materia de salud, para mejorar

la toma de decisiones en sus procesos de salud-enfermedad y cuidados; participar en el desarrollo colaborativo y ejecución de programas, acciones o guías de práctica clínica en beneficio de su calidad de vida y de la efectividad del sistema sanitario, facilitando el conocimiento del funcionamiento y organización de los servicios para contribuir a su legitimación y uso eficiente. (ND)

Por otro lado y en cuanto a los plazos de ejecución que se asignan a cada una de ellas, hay que tener en cuenta que ya el propio Proyecto del III Plan de Salud establece una norma vinculante que fija el nivel de priorización en dos niveles de alcance: las Normas de Aplicación Directa (NAD) y las Normas Directivas (ND) (295). Es necesario tener en cuenta que el máximo nivel de desagregación del Plan son estas Líneas de Actuación y de Colaboración. A partir de ahí son los Planes Insulares de Salud y su trasposición a los de Zonas Básicas de Salud y a los correspondientes contratos de gestión y planes operativos, estratégicos etc., los que deberán recoger los correspondientes compromisos de acción. Este proceso de decisión deberá establecerse en el espacio de deliberación que corresponde a cada uno de los Consejos de Salud y de Dirección, entre la representación de las corporaciones locales y administración sanitaria con las organizaciones ciudadanas y sociales con representación en dichos órganos de participación y dirección territoriales.

Tabla 7.16 Muestra de relación de acciones propuestas en los **talleres** de la etapa local de la **Conferencia Insular de Lanzarote**, distribuidas por su correspondencia con los dos principales problemas priorizados de **Salud – Enfermedad**, ordenadas numéricamente por estimación de efectividad, (capacidad potencial de impacto sobre el problema) y alineadas con las 31 Líneas de Actuación de las 10 Áreas de Impacto (A.I./L. A.) y las 14 Líneas de Colaboración (A.C./L. C.) de las 4 Áreas Colaboración del Proyecto del III Plan de Salud 2014-2017, con indicación de su referencia en el PGC y PEA.

Prior.	PROBLEMAS	OPERACIONES (Acciones)	A.I. / L.A.										A.C./L.C.		PGCs		P.E.A.				
1	Obesidad (algunos hacen hincapié en los más jóvenes) [43] Sedentarismo(algunos hacen hincapié en los más jóvenes) [34]	1.- Promover la actividad física, tanto en edad infantil como en adultos, como medio hacia el bienestar físico y mental. Tomar parte activa en el proceso. Plazo: en el curso del año. (R)	1	1											3	1					
		2.- Talleres de alimentación, charlas y concursos de comida (para todos los grupos de edad) impartidas por profesionales de la salud. Plazo: en el curso del año. (R)	1		2											1	3	1			
		3.-Coordinar la colaboración Ayuntamiento-Centro de Salud. Responsable: Trabajador Social del centro	1	1	2											1	1			X	

		ingredientes locales de temporada, fomentando la alimentación saludable. Plazo: A lo largo del año. (T)													3	3				
		13.- Convocar a padres en la hora que los hijos están haciendo actividades deportivas extraescolares para abordar el tema del deporte y la alimentación saludable. Plazo 9 meses. (T)	1	2											1				X	
		14.- Verificar que los menús de los escolares están realizados según la normativa y cumplen los estándares de calidad		2											2	3			X	
		15.- Potenciar actividades de ocio y tiempo libre. Plazo a lo largo del año. (T)		1											1	1				
		16.- Hacer un muro de Facebook del Consejo de Salud de Haría, donde cualquier ciudadana pueda aportar ideas o iniciativas para abordarlas en el Consejo, y haciendo una carta de presentación /invitación para colgarla en el muro. Plazo 6 meses. (T)		1											1	1			X	

		<p>17.- Facilitar acceso a Psicoterapia individual/grupal (en todos los grupos de edad) incluso en el ámbito de Atención Primaria (asistencia del Psicólogo /Psiquiatra al Centro de Salud). (Especialista consultor. Propuesta: Informar sobre cada paciente previa consulta con el especialista). Plazo: a lo largo del año. (R)</p>												4	6			
		<p>18.- Promover la participación ciudadana junto a la organización de actividades en la comunidad. Plazo 6 meses. (T)</p>	1									1				X		
		<p>19.- Hacer tabloneros de anuncios y buzones de sugerencias para poner en el centro de salud, colegios, ayuntamiento y asociaciones de vecinos con sugerencias de los ciudadanos y proyectos del consejo. Consensuar un logo que identifique al Consejo de Salud de Haría en todas las comunicaciones y/o documentos que emanen del mismo. Plazo: a lo largo del año. (T)</p>		1								1				X		
		<p>20.- Hacer sesiones clínicas. Responsable: Director y Subdirectora de Z.B.S. Plazo: 2 meses. (T)</p>					1	1					1			X		

					4																
		21.- Realizar una encuesta de hábitos en el desayuno de casa dirigida a padres de escolares. Plazo 6 meses. (T)	1		2									2					X		
														3							
2	Enfermedades cardiovasculares [42]	6.- Campañas de sensibilización-prevención (alimentación, estilos de vida saludables, pruebas de screening protocolizadas y darlas a conocer, protección solar,...). Dar a conocer datos básicos de la enfermedad (desmitificar). Plazo: en el curso del año. (R)	1												1						
					1										3						
					2																
		8.-Potenciar la prevención desde Atención Primaria, fomentando actividades preventivas frente a las curativas (charlas, talleres). Responsable: equipo médico-Enfermería. Plazo: en el curso del año. (T)	1																		
			2			4										2			X		

		23.- Potenciar el apoyo a las personas que han superado la enfermedad; fomentando la creación de grupos de apoyo personas que compartan su experiencia, implicación de Psicología y otros sanitarios,... Plazo: en el curso del año (R)	1				4								2	4			
		7.- Fomentar coordinación entre Atención Primaria y Atención especializada. Responsable: Directora ZBS. Plazo 3 meses. (R)			1	2										5		X	
		24.- Posibilitar al Médico de Atención Primaria solicitar /realizar pruebas complementarias más especiales (Espirografía, retinografía, ecografía, ...) adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo 1 año .(T)					2										X		
		20.- Hacer sesiones clínicas. Responsable: Director y Subdirectora de Z.B.S. Plazo: 2 meses. (T)				4												X	
		4.- Proponer la retirada de máquinas expendedoras de bebidas azucaradas y bollería industrial. Plazo 9	1	1	2										2			X	

	saludables para llevar al colegio. Plazo: 6 meses. (T)																				
	12.- Hacer talleres de alimentación, charlas y concursos de comidas y cocina saludables con los ingredientes locales de temporada, fomentando la alimentación saludable. . Plazo: a lo largo del año. (T)	1	1	2									2	1					X		
	15.- Potenciar actividades de ocio y tiempo libre Plazo a lo largo del año. (T)		1										1	1					X		
	16.- Hacer un muro de Facebook del Consejo de Salud de Haría, donde cualquier ciudadana pueda aportar ideas o iniciativas para abordarlas en el Consejo, y haciendo una carta de presentación /invitación para colgarla en el muro. Plazo 6 meses. (T)		1								2								X		
	18.- Promover la participación ciudadana junto a la organización de actividades en la comunidad. Plazo 6 meses. (T)	1												1					X		

		21.- Realizar una encuesta de hábitos en el desayuno de casa dirigida a padres de escolares. Plazo 6 meses. (T)	1	2								2				X		
		22.- Promover la participación (ideas, propuestas,...) ciudadana a través de la presencia de buzón de sugerencias. Conocer cuáles son los desencadenantes de “sus problemas”. Plazo: en el curso del año. (R)		1								2						
		25.- Potenciar la Hospitalización a Domicilio. Incluir nuevos procesos crónicos de larga estancia en el hospital. Plazo: a lo largo del año. (T)			5		1					1	2				X	

		<p>3.- Potenciar la coordinación AP con AE, contemplando la figura del Coordinador AP-AE, que establecería una relación directa con el paciente a nivel de protocolo de lista de espera y de gestión de problemas desde el punto de vista multidisciplinar Plazo: 3 meses Plazo: 6 meses (R)</p>																							
		<p>4.- Optimización de recursos estructurales. Consultas externas abrir por las tardes, también quirófanos de tarde, no con jornada extraordinaria, sino con turnicidad de todos los profesionales, como se realiza en AP. Turnos Tarde al menos una vez a la semana. Plazo: 6 meses. (T)</p>	1																						
		<p>5.- Posibilitar a Médico AP solicitar/realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía,...), adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo: 1 año (T)</p>																							
		<p>6.- Mayor potenciación de la resolución en Médico de Atención Primaria (M.A.P) Plazo: 1 año (R)</p>																							
		<p>7.- Estadística para monitorizar las listas de espera y así también el nº de enfermos. Responsable: Unidad técnica Plazo: 3 meses</p>																							

		Subdirectora de Z.B.S. Plazo: 2 meses (T)																	
		14.- Programación de citas de consultas con mayor antelación (No llamar 2-3 días), sino que el paciente pueda llevarse la cita desde que sale de la consulta. Mayor posibilidad de gestión del paciente de su propia cita (según su día libre, su turno de trabajo). Plazo: 2 meses (T)				3				1								X	
		15.- Buen triaje en la zona de urgencia con personal especialmente formado y entrenado para ello. Plazo: 4 meses (R)				1				8									
		16.- Educar y protocolizar a la ciudadanía en cuanto al ámbito sanitario (costes) - Gerencia - 1 año (T)	1			4								6			X	X	
		17.- Crear una UAG y un triaje en la zona de urgencias y tener puestos carteles sobre el buen uso de los servicios sanitarios la existencia del servicio del 012 y del 112 mediante trípticos, etc. Responsable: Director de Z.B.S Plazo: 1 mes (T)				3	1											X	
2	Mal uso de servicio de urgencias [47]	1.-Mejorar la gestión de las reclamaciones, en cuanto a respuestas eficaces desde la administración sanitaria, y promover la implicación de los Consejos de Salud dando	1							2	1			4					

		sanitario (costes) - Gerencia - 1 año (T)																		
		17.- Crear una UAG y un triaje en la zona de urgencias y tener puestos carteles sobre el buen uso de los servicios sanitarios la existencia del servicio del 012 y del 112 mediante trípticos, etc. Responsable: Director de z.b.s Plazo: 1 mes (T)				3	1												x	
3	Masificación (en general, de urgencias extrahospitalaria, urgencias [43])	1.-Mejorar la gestión de las reclamaciones, en cuanto a respuestas eficaces desde la administración sanitaria, y promover la implicación de los Consejos de Salud dando conocimiento e información a través de los Consejos de Salud de Zona Básica y de Área de Salud y de la Comisión de Participación Hospitalaria Plazo:- 8 meses (P)	1							2	1			4	6					
		2.-Reorganizar citas en pacientes pluripatológicos Plazo: 9 meses (R)				1									6				x	
		3.- Potenciar la coordinación AP con AE, contemplando la figura del Coordinador AP-AE, que establecería una relación directa con el paciente a nivel de protocolo de lista de espera y de gestión de problemas desde el punto de vista multidisciplinar				2														x

		Plazo: 3 meses Plazo: 6 meses (R)																	
		4.- Optimización de recursos estructurales. Consultas externas abrir por las tardes, también quirófanos de tarde, no con jornada extraordinaria, sino con turnicidad de todos los profesionales, como se realiza en AP. Turnos Tarde al menos una vez a la semana. Plazo: 6 meses. (T)	1	3															
		5.- Posibilitar a Médico AP solicitar/realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía,...), adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo: 1 año (T)			2														
		6.- Mayor potenciación de la resolución en Médico de Atención Primaria (M.A.P) Plazo: 1 año (R)		5	2														
		7.- Estadística para monitorizar las listas de espera y así también el nº de enfermos. Responsable: Unidad técnica Plazo: 3 meses (T)		3	3				1										
		8.- Entrenamiento en gestión del tiempo a todo el personal, sanitario y no sanitario Plazo: 8 meses (R)		1															

		desde que sale de la consulta. Mayor posibilidad de gestión del paciente de su propia cita (según su día libre, su turno de trabajo). Plazo: 2 meses (T)																		
		15.- Buen triaje en la zona de urgencia con personal especialmente formado y entrenado para ello. Plazo: 4 meses (R)																		
		16.- Educar y protocolizar a la ciudadanía en cuanto al ámbito sanitario (costes) - Gerencia - 1 año (T)																		
		17.- Crear una UAG y un triaje en la zona de urgencias y tener puestos carteles sobre el buen uso de los servicios sanitarios la existencia del servicio del 012 y del 112 mediante trípticos, etc. Responsable: Director de Z.B.S Plazo: 1 mes (T)																		

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Lanzarote. 2014.

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/4b9fbc10-e8ed-11e4-aa6f-cfd8d9a72f8/LZ_S5_%20MatrizOperacionesProblemas_%20Conferencia.pdf

7.8.3. Acciones incluibles en los Programas de Gestión Convenida (PGC) y Planes Estratégicos de las Direcciones de Áreas de Salud (PEA)

La valoración realizada en la Conferencia Insular de Fuerteventura sobre el número de PGCs y los PEA, ofrece una idea aproximada de su pertinencia, y que además coincide con la impresión obtenida directamente de los gestores en cada isla, valorando positivamente el grado de confluencia y de riqueza de las acciones así como del clima creado en torno a la experiencia. (Ver tablas 7.18, 7.19 y 7.20)

Tabla 7.18. (296)

Nº DE OPERACIONES (ACCIONES) POR CATEGORÍAS DE PROBLEMAS TOTALES Y Nº DE OPERACIONES (ACCIONES) CONTEMPLADAS EN LOS PGCs Y PEA.

CATEGORÍAS DE PROBLEMAS	Nº DE OPERACIONES (ACCIONES)		
	TOTALES	EN LOS PGCs	EN LOS P.E.A.
1.- Problemas de Salud – Enfermedad – Cuidados.	10	2	0
2.- Problemas de Salud Pública.	0	0	0* (3)
3.- Problemas de Calidad de Vida y Condiciones de Trabajo.	0	0	0
4.- Problemas de Atención Sanitaria.	15	8	3
5.- Problemas de Atención Sociosanitaria	14	4	0





Tabla 7.19 (297)

Número de operaciones (acciones) que repercuten en los distintos problemas

CATEGORÍA	PROBLEMAS	Nº OPERACIONES (ACCIONES)		
		TOTALES	EN LOS PGCs	EN LOS P.E.A.
PROBLEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA	Lista de espera de Especializada [50]	8	7	2
	Recursos Humanos Insuficientes (AE, AP, SUC, salud mental) [42]	0	0	0
	Deficiente Transporte Sanitario [24]	0	0	0
	Listas de Espera Relacionada con la Asistencia Sanitaria que se presta en Centro de Salud [20]	4	3	1
	Mal Uso de Urgencias [19]	7	3	2
	Ambulancia Medicalizada [18]	0	0	0
	Falta de Tiempo por Paciente [18]	2	1	1
	Masificación (Asistencia Sanitaria de Urgencias y Servicios Sanitarios) [17]	7	3	0
	Falta de Coordinación AP/AE [16]	8	7	0
	Hiperfrecuentación [16]	5	1	0
	Problemas de Atención Socio-Sanitaria [14]	3	0	0
	Deficiencias en el Transporte Público [14]	0	0	0
	Falta de Educación Sanitaria [10]	3	1	0
	Infraestructuras Insuficientes en Salud Mental [10]	0	0	0
	Lista de Espera relacionado con la Asistencia Sanitaria de la Red de Salud Mental [9]	4	4	0
	Deficiente Infraestructura Informatizada [8]	3	3	0
	Falta de Coordinación AP/AE Relacionado con la Asistencia Sanitaria de la Red de Salud Mental [8]	3	3	0
	Problemas de Acceso al Centro (Transporte y Comunicaciones) [8]	1	1	0
	Falta Transporte de muestras. [6]	1	1	0
	Falta de Recursos Materiales en el Ejercicio de la Atención Primaria [5]	1	1	0
Falta de Recursos Materiales [3]	1	1	0	
Concienciación de la Población [3]	4	1	0	
Falta de Infraestructuras [2]	1	1	0	

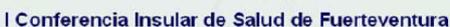




Tabla 7.20 (296)

Número de operaciones (acciones) que repercuten en los distintos problemas

CATEGORÍA	PROBLEMAS	Nº OPERACIONES (ACCIONES)		
		TOTALES	EN LOS PGCs	EN LOS P.E.A.
PROBLEMAS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA	Falta de centros (C. Personas Dependientes, C. de Día, C. Específicos) [45]	6	0	0
	Falta de Recursos Humanos [38]	0	0	0
	Faltan Ayudas de Primera Necesidad [19]	0	0	0
	Deficit de Atención Domiciliaria (Centros, RRHH,) [19]	4	2	0
	Falta de Recursos Económicos [18]	2	0	0
	falta Atención Drogadependencia (Centros, RREE) [17]	0	0	0
	Burocratización de Necesidades Sociales [17]	1	1	0
	Escasez de Recursos A. Socio sanitaria (Centros, Servicios, Programas, Proyectos) [15]	5	0	0
	Listas de Espera [14]	3	3	0
	Escasez Voluntariado [11]	0	0	0
	Mala Coordinación entre los Servicios [3]	11	4	0
	Falta de Piscinas [2]	0	0	0
	Falta de Programas de Prevención [2]	0	0	0
Masificación de los Servicios. [1]	2	2	0	

Problemas de atención socio sanitaria


I Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura


Fuente: Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura (298)

7.8.4. Dificultades estimadas para el desarrollo del proyecto de los planes insulares de salud

Esta sesión de trabajo constituye un ejercicio en el que los grupos de trabajo han tenido analizar y presentar las dificultades que a juicio del grupo pueden dificultar o impedir el desarrollo de este III Plan de Salud, tal y como han podido conocer y plantear a lo largo del proceso de la Conferencia Insular y desde la posición que ocupan en el sistema sanitario o comunidad sanitaria a la que pertenecen.

Las conclusiones de la sesión 8 de la etapa local de la Conferencia Insular de Salud de la Gomera (Ver Tabla 8.21), es una muestra muy elocuente de la percepción que se tiene en todo el archipiélago. Este análisis coincide con el realizado en el año 2009(299), cuando se desarrollaba el primer momento del proceso de formulación del proyecto del III Plan de Salud de Canarias⁴⁷. El gráfico 8.4 y la tabla 8.22, de los resultados del momento explicativo de la aplicación de la metodología PES (Ver epígrafe 5.2.2.-Planificación Estratégico Situacional) para el estudio del Vector de Definición del Problema, “Dificultades de tipo técnico, administrativo, político etc... para el desarrollo del modelo de III Plan de Salud de Canarias en la isla de La Palma”. Como se puede observar en la tabla los nudos críticos del

⁴⁷ En el noviembre del año 2009 - legislatura con gobierno del Partido Popular en la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias - se realizaba la presentación del borrador del proyecto del III Plan de Salud en los Consejos de Salud de las Áreas y la capacitación de los técnicos y gestores de cada isla que conformarían el equipo técnico de coordinación del Plan Insular y la prevista etapa local de las Conferencias Insulares, que finalmente se desarrollaron en el año 2014.

VDP, en la Palma, Lanzarote y Gran Canaria, en la que participaron exclusivamente técnicos y gestores, con el de la Gomera, realizado seis años después coinciden básicamente. En esta Conferencia no se realizó el flujograma situacional, pero los nudos explicativos son muy semejantes:

La Palma, 2009:

- 1º. Falta de motivación de los diferentes actores para implicarse en el Plan.*
- 2º.- Dificultades de coordinación entre las diferentes administraciones y complejidad de los procesos.*
- 3º.- Falta de formación de los diferentes actores.*
- 4º. Intereses políticos.*

Lanzarote, 2009:

- 1º.- Inestabilidad política, baja colaboración de las instituciones.*
- 2º.- Falta de motivación en el personal sanitario y en la población*
- 3º.- Falta de recursos económicos para afrontar el coste del Plan*
- 4º.- Falta de disponibilidad de tiempo y recursos humanos para su participación en las actividades del Plan de Salud*

Gran Canaria, 2009.-

- 1º.- Interferencias políticas en el desarrollo y gestión del Plan.*
- 2º.- Resistencia al cambio en la organización.*
- 3º.- Falta de formación y dificultades para la participación de profesionales y ciudadanos.*
- 4º.- Ocultación de información.*

Gomera, 2014.

- 1º.- Falta de implicación política*
- 2º.- Bajos presupuestos*
- 3º.- Falta de formación previa al personal.*
- 4º.- Impedimentos y poca disponibilidad de tiempo en las estructuras de gestión y dirección del SCS (Gerencias, Dirección de Área de la Gomera)*

Esta conclusión del año 2009 reafirmó la importancia de desarrollar una amplia estrategia e formación-investigación- acción participativa, con visión estratégica cuando se dieron las condiciones de viabilidad política y técnica necesarias.

Tabla 7.21.

DIFICULTADES PARA LA APLICACIÓN DEL III PLAN DE SALUD EN LA GOMERA

Falta de Implicación política
Bajos presupuestos
Falta de formación previa al personal
Impedimentos y poca disponibilidad de tiempo en las estructuras de gestión y dirección del SCS (Gerencias, DGG)
Burocratización para la ejecución
Falta de coordinación interinstitucional
Poca iniciativa para implicarse en el Plan por parte de profesionales
Pocas ganas de trabajar en equipo
Falta de interés y escasa participación por parte de la población.
Poca formación para las islas menores
Se tienda a la privatización total del Sistema Nacional de Salud


I Conferencia Insular de Salud de La Gomera


Gráfico 7.4

Fluxograma situacional del problema: “Dificultades de tipo técnico, administrativo, político etc., para el desarrollo del modelo de III Plan de Salud de Canarias en la isla de La Palma”.

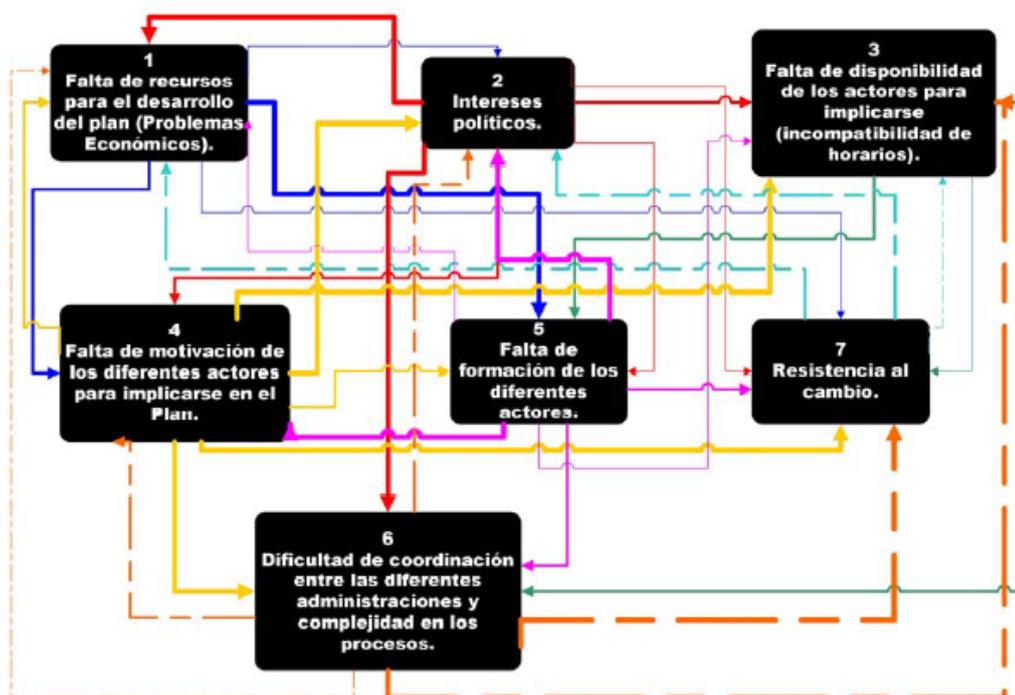


Tabla 7.22. Resultado del flujograma situación del VDP: “Dificultades de tipo técnico, administrativo, político etc... para el desarrollo del modelo de III Plan de Salud de Canarias en la isla de La Palma”. 2009. (300)

NUDOS EXPLICATIVOS	ENTRADAS	SALIDAS
1. Falta de recursos para el desarrollo del plan (Problemas Económicos).	9	7
2. Intereses políticos.	11	10
3. Falta de disponibilidad de los actores para implicarse (incompatibilidad de horarios).	12	5
4. Dificultad de coordinación entre las diferentes administraciones y complejidad en los procesos.	10	11
5. Falta de motivación de los diferentes actores para implicarse en el Plan.	9	16
6. Falta de formación de los diferentes actores.	8	11
7. Resistencia al cambio.	11	5

Fuente: Documento de Referencia 6. Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015. (301)

8.-DISCUSIÓN

La situación de salud de la población de Canarias ha mejorado en los últimos sesenta años de manera muy importante y la conquista del proceso de la reforma sanitaria en Canarias, en los últimos veinte o treinta años es muy bien valorada en las Conferencias Insulares de Salud. Pero además también se ha puesto de manifiesto la preocupación por el deterioro producido en las condiciones de trabajo y de calidad de vida, por el aumento de la pobreza y su repercusión en la salud, y en particular de salud mental en grupos más vulnerables. Y también por la percepción por problemas de asistencia sanitaria, atención socio-sanitaria, de salud pública que además en los últimos ocho años (2008-2014), la mayoría de ellos no se han resuelto, siguen igual o han empeorado, tal y como las memorias de las Conferencias indican. Algunos han mejorado, o resuelto pero los que ocupan siempre los dos primeros problemas priorizados en todas las islas tienen que ver con la accesibilidad al sistema sanitario, manifestado por la preocupación por las listas de espera y la atención de urgencias, además de la falta de coordinación entre atención primaria y la hospitalaria o especializada. La falta de atención domiciliaria para personas mayores y escasez de recursos socio-sanitarios, sociales y económicos son, como era de esperar los que concentran mayor preocupación en el área de los servicios sociales.

En cuanto a los factores determinantes sociales de la salud, el desempleo junto a la inestabilidad y precariedad laboral, además de la carestía de la cesta de la compra son los que más se repiten en los primeros lugares dentro del ranking de priorización en todas las islas y de forma más acentuada en el sur de las islas capitalinas. De los problemas de salud-enfermedad referidos como máxima prioridad aparecen en primer lugar los problemas alimentarios relacionados con la obesidad y el sedentarismo, los problemas cardiovasculares o las cronicidades en general. En la población en edad escolar el asma. El ámbito de la salud mental es la preocupación quizás más importante como reflejo además de la crisis económica por la que se atraviesa. Los problemas de la ansiedad, el estrés y depresión en mujeres y el alcoholismo en hombres; la soledad en mujeres y demencia en hombres mayores; las adicciones junto al alcoholismo en jóvenes además de manifestaciones de violencia en distintas edades constituyen los problemas más frecuentes en salud mental. Los grupos de trabajo específicos en salud mental priorizaron el problema de la atención al trastorno mental grave, la atención a la salud mental infanto-juvenil, la necesidad de impulsar la coordinación intra e interinstitucional y una mayor autonomía para la gestión de estos servicios. (Ver cuadro 7.1.)

Asimismo la necesidad de promoción de la participación ciudadana y profesional en la planificación y la gestión en salud, con la activación de los Consejos de Salud y una mayor implicación de las instituciones y de sus representantes políticos, constituyeron algunas de las manifestaciones más enfatizadas en todos los debates producidos en los foros de las Conferencias Insulares.

Lo que ha puesto de manifiesto la revisión de la historia, es que el desarrollo de un plan de salud dirigido a defender, mejorar y promover la salud proporcionando una atención sanitaria de calidad, eficiente, efectiva y más humana, con cobertura universal, centrada en las personas y en el paciente y bajo el principio del derecho a la salud como derecho social básico, es muy difícil. Los antecedentes desarrollados en esta investigación así lo ponen de manifiesto:

En la orientación del modelo asistencial hacia la integración; con la participación plena de la comunidad y de los profesionales. Una atención primaria que mantenga su componente social, familiar, comunitario y de máxima resolutivez clínica-asistencial bajo la estrategia de constituirse en centro de gravedad del sistema desplazándolo desde la esfera del hospital y contribuyendo a su reorientación hacia un abordaje más eficaz y eficiente hacia las enfermedades crónicas.

La dificultad enorme para colocar la participación y la gestión en salud con orientación estratégica y participativa, con los Consejos de Salud como espacios privilegiados para favorecer no solo la participación ciudadana, sino la planificación y la comunicación hacia fuera y dentro del sistema, cuando hay evidencias que demuestran su importancia y en el sentido marcado por el III Plan de Salud.

En el proceso difícil de la reforma sanitaria en España sus condicionantes de avances y retrocesos, como en los propios planes de salud en los que se pone de manifiesto la distancia que existe entre racionalidades diferentes de la lógica de la política y la lógica de la evidencia científica y técnica porque no siempre se consigue priorizar, tanto los problemas de la agenda política, como la respuesta institucional a las necesidades de la población y a sus demandas. La contradicción es que se sabe lo que hay que hacer. Existen protocolos, guías de práctica clínica, estrategias bien definidas para el abordaje de los grandes problemas de salud pública que definen el perfil epidemiológico de la población por edad, sexo y grupos más vulnerables por su condición de privación social, pero... el problema es que no basta con saber ni con tener razón es necesario el *poder*, para hacer o para dejar de hacer lo que es ineficiente o lo que no aporta ganancia en salud. En definitiva *poder para cambiar*, y en el caso del sistema nacional, y en el Servicio Canario de Salud en particular, *dejar de hacer para poder hacer*, tal y como se ha planteado en las Conferencias de Salud como *desinversión*.

En este sentido, en los antecedentes también se desarrolla un nuevo enfoque de planificación con las metodologías de orientación estratégica de la planificación, el pensamiento estratégico de Mario Testa y la Planificación Estratégico-Situacional, empleadas en este proyecto de Conferencias de Salud. Además y de una manera ecléctica se han utilizado herramientas como la investigación –acción participativa que junto al diálogo apreciativo han mostrado ser más eficaces, que la planificación tradicional para enfrentar la complejidad del sector salud, acentuada por la situación actual de incertidumbre y políticas de ajuste estructural, como la que en estos momentos se vive ahora en Canarias y en los países del Sur de Europa y de la que ya hay experiencia, desafortunadamente, en otros países del mundo, en el que la inestabilidad institucional, la falta de capacidad de gobierno y de proyectos claros de gobierno ha sido una constante estructural e histórica. De ahí surgen esos nuevos paradigmas de la planificación, y de la acción comunicativa, que responden de una forma creativa a ese desafío de la planificación.

Las Conferencias Nacionales de Salud de Brasil, con más de sesenta años de experiencia, constituye el referente fundamental del proyecto de Conferencia de Salud realizado en esta investigación. Como Conferencia de Políticas Públicas que se desarrolla en otros ámbitos sectoriales como la educación, la seguridad social, la mujer, el medio ambiente etc, aunque la experiencia de la de Salud ha sido la más consolidada y con mayor impacto por su contribución a la democratización del sector y a la efectivación de la gobernanza democrática

del Sistema Único de Salud (SUS) y la legitimación de los Consejos de Salud, que como órganos colegiados con carácter decisor tienen las competencias que en el Sistema Nacional de Salud de España, tienen atribuidas las Comunidades Autónomas. Además, es el Consejo Nacional de Salud, de ese país, a través de los Consejos de Salud de las diferentes esferas del Estado, el que la realiza y promueve tras la resolución de la Presidencia del Gobierno su convocatoria.

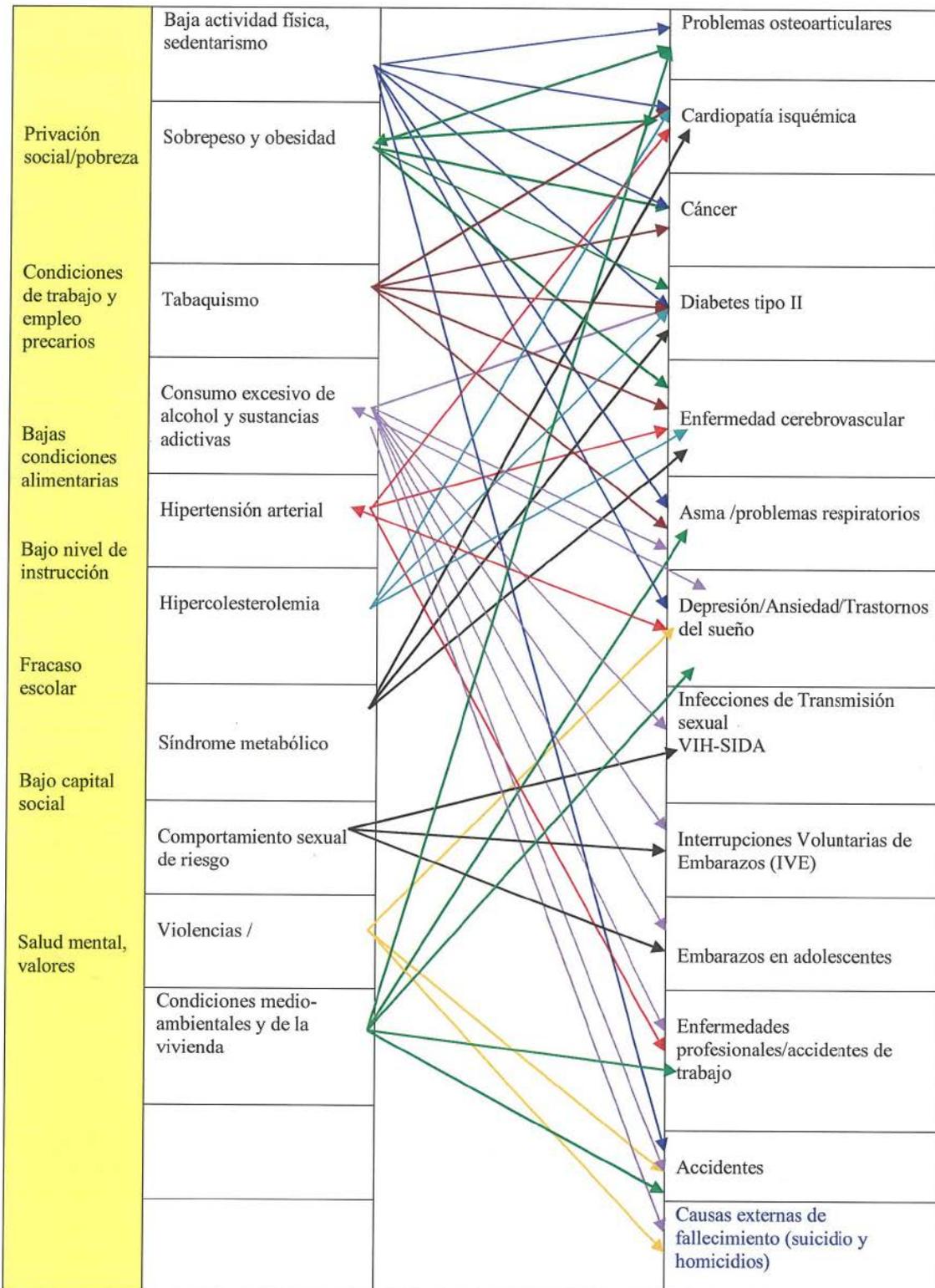
Las Conferencias Insulares de Salud no pudieron ser conducidas o lideradas políticamente por los Consejos de Salud de las Áreas como órganos institucionales, aunque sí contaron con el liderazgo de sus Presidentes como Directores de la Áreas de Salud. El escepticismo desde el nivel central, la falta de voluntad política, y fundamentalmente la enorme presión en el tiempo para conseguir que se desarrollaran las Conferencias antes del final de la legislatura, fuera del ruido de los tiempos electorales, constituyeron las causas fundamentales de esa presión. No obstante la base teórica-metodológica de la planificación estratégico situacional y la conceptualización de los momentos y no etapas, en el proceso, lo que aportaba fundamentación teórica-metodológica para avanzar con el proyecto, no solo de las Conferencias sino del propio Plan de Salud.

Se pretendía además conseguir que sus conclusiones y el impacto local y no tanto mediático, fuera un subsidio técnico y político principalmente desde la periferia de cada isla, para el proyecto del III Plan de Salud y su territorialización en cada isla. Hecho por otro lado que hasta ahora, después de más de 20 años de Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, no se ha conseguido contar con planes insulares de salud a pesar de que dicha norma básica lo indica con claridad.

Tal y como se puede evidenciar en los resultados y en cada una de las memorias de las Conferencias Insulares de Salud, con este modelo de intervención de ha contribuido a la recuperación de la ilusión de profesionales y gestores que la valoraron positivamente como espacio que cubre una necesidad insatisfecha de diálogo, de participación y el convencimiento de la importancia crítica de ver que existe un proyecto de gobierno para la sanidad, que es el Plan de Salud en tiempos de crisis y necesidades de transformación; que han podido conocer y participar en él; compartido y que favorece y permite el diálogo y la negociación; que avanza hacia una gestión participativa y que supone poner rumbo al desarrollo de la Reforma Sanitaria.

Otro de los factores que fundamenta esta crítica tan generalizada a la Conferencia, como la falta de tiempo fue la presión desde la coordinación de la misma, para ganar tiempo y que el Gobierno pudiera aprobar el Plan y el Parlamento su tramitación para disponer, con las memorias y la experiencia, de un documento fundamental las memorias de cada una de ellas y un amplio equipo técnico capaz de activar en poco tiempo los Planes Insulares de Salud para afrontar la situación de un parón, y una desaparición de la iniciativa en los tiempos políticos que determinan la discontinuidad de este tipo de procesos, tal y como se ha puesto de manifiesto.

Cuadro 8.1.- Relación de determinación entre factores de riesgo y causas de enfermedad y fallecimientos



Fuente: Proyecto de III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (302)

En cuanto a la noción del valor de la Conferencia como instrumento o herramienta para la acción en la planificación y la gestión participativa, es importante considerar el concepto de *precio*, que tiene que ver con el intercambio de valor que se produce alrededor del desarrollo de la Conferencia de Salud para la territorialización del Plan de Salud, entre los actores que participan en el proceso.

En este aspecto se considera el precio que tienen que pagar y lo que van a recibir a cambio los participantes que hemos agrupado en tres segmentos: el nivel más político, el de los sanitarios o proveedores de servicios y el de los usuarios a los que corresponderán planteamientos diferenciados.

El elemento más definitorio del precio para los dos últimos grupos viene dado por la dedicación en tiempo que deberán prestar durante las fases preparatorias y de desarrollo de las fases local e insular de la Conferencia. Puede ser también costosa la exposición a la crítica de los usuarios por las deficiencias de funcionamiento de los servicios y la posibilidad de que se pueda sugerir la modificación de formas organizativas, o demandas de nuevos servicios etc., en desde los usuarios.

En el primer grupo habría que añadirle el nivel de conflicto que se puede asumir por el hecho de exponerse al nivel de insatisfacción generada por los problemas de mal funcionamiento de los servicios sanitarios, de crispación añadida por la oportunidad política de grupos oponentes de manifestar sus posiciones y opiniones contrarias respecto a las deficiencias existentes en el sistema, etc.

A cambio cada uno de los grupos percibirá de manera singularizada el beneficio que puede derivarse de su participación en la conferencia:

- El grupo del nivel *político-institucional* en forma de aumento de legitimación a través del reconocimiento de su liderazgo en asuntos relacionados con las políticas sociales y de salud. Puede permitir consolidar los procesos iniciados en la organización y las dinámicas reformadoras del sistema sanitario o por el contrario verse obligados a responder a críticas y demandas o necesidades reales que no estén pudiendo ser atendidas.
- Los grupos de *proveedores-sanitarios*, principalmente en el ámbito de la mesogestión en lo que respecta al Servicio Canario de la Salud y las Corporaciones *Locales*, podrán aumentar su influencia sobre los niveles de decisión para la corrección de problemas existentes en su nivel así como mayor conocimiento de las opiniones y necesidades de la población con mayor aproximación a sus demandas. Ello también puede contribuir a consolidar las estructuras del nuevo modelo más participativo, integrado y funcionando de forma coordinada y colaborativa en red, (III Plan de Salud, ámbito de Intervención II y Áreas de Colaboración) y hacerlas menos vulnerables a cambios coyunturales de los que pudieran derivarse decisiones no eficientes cuando están expuestas a cambios por la inestabilidad institucional y política tradicional en Canarias. Aumento de su prestigio al favorecerse la fluidez en la comunicación e intercambio de información con la población. Mejor uso de los servicios por la población. Se favorece la comunicación para la implementación de la coordinación

interinstitucional e intersectorial en programas orientados a la atención socio sanitaria, de la salud mental, de la promoción de la salud, o a mejorar la aceptación de indicaciones orientados al uso racional de la oferta de los servicios asistenciales y del medicamento así como a aumentar la sensibilidad u capacidad de evaluar el impacto de las condiciones de vida, de trabajo y de empleo en la salud de la población atendida.

- *La población* a cambio puede beneficiarse de un mejor conocimiento de la situación del sector, de los servicios y de sus perspectivas; aumento de su capacidad de control sobre las decisiones que le afectan en relación con la salud y la organización de los servicios; consolidación de la fuerza de los movimientos ciudadanos a través del aumento de su competencia en la participación dentro del sector; viabilización de los órganos de participación: más información y mejor aprovechamiento de los servicios; perspectivas para influir en la adecuación de la oferta del sistema a las demandas y/o necesidades, de la población.

9.- CONCLUSIONES

- La inestabilidad institucional y política en la sanidad a nivel del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Canario de la Salud es una constante instalada en el sector a lo largo de su historia. La incertidumbre del actual escenario de crisis estructural en los sistemas públicos de protección social y los resultados observados en la opinión de los grupos de trabajo, en cuanto al retroceso en las condiciones de empleo, de calidad de vida, y de las prestaciones de atención sanitaria, socio-sanitaria y de salud mental, especialmente en las poblaciones de los sur de Gran Canaria y Tenerife, justifican un abordaje situacional participativo y estratégico de la planificación y de la gestión de los servicios de salud.
- La realización de los talleres y la sistematización y metodología utilizada en la recogida de datos en cada una de las zonas básicas, hospitales, grupos de salud mental y los grupos externos al Servicio Canario de la Salud, incluyendo la comparación de la evolución de los problemas en el periodo 2008-2014, ha sido de gran utilidad para facilitar la identificación grupal de cada uno de los problemas y apoyar en la priorización de cuáles deben recibir atención prioritaria en su respectivo plan de salud.
- Las Conferencia de Salud como instrumento de formación e investigación-acción participativa e ha conseguido operacionalizar aproximadamente 900 acciones propuestas para afrontar los problemas de salud percibidos por la población y profesionales sanitarios, por medio de 91 grupos de en las siete islas Canarias, para su alineación a las 31 líneas de actuación y 14 de colaboración del Proyecto del III Plan de Salud de Canarias.
- El resultado de la investigación ha puesto en evidencia la pertinencia y coherencia del modelo de las Conferencias de Salud con los objetivos del “III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 *entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios*” y con el sentido que propone para los cambios estratégicos en los ejes de la reforma sanitaria: centralización-descentralización; privado-publico; gestión gerencial-gestión participativa en salud; atención hospitalaria - atención primaria y salud pública.
- La Conferencia, como el mismo III Plan de Salud 2015-2017, constituye un importante desafío teórico-metodológico y técnico en la planificación sanitaria, teniendo en cuenta el contexto socio-histórico, institucional y político de cierta inestabilidad institucional, casi estructural, que existe en Canarias y también en la propia historia de la Reforma Sanitaria desde su origen. La condición archipelágica del territorio, la estructura de poder político y en estos momentos las amenazas externas o poco controlables derivadas de la crisis de la deuda, constituyen factores determinantes de esta debilidad estructural que acentúa la complejidad de la situación.
- La Conferencia de Salud de Canarias, como instrumento de planificación y gestión estratégica respecto al modelo utilizado como referencia de la Conferencia Nacional de Salud de Brasil, y a diferencia de ella, consigue concretar las propuestas de acción ponderándolas por su capacidad potencial de impacto sobre los problemas

priorizados en su etapa local y en cada una de las cinco categorías operacionales establecidas: salud enfermedad, calidad de vida, salud pública, asistencia sanitaria y atención socio-sanitaria.

- Una diferencia importante entre ambos modelos es que la Conferencia Nacional de Salud de Brasil cuenta con la legitimidad del Consejo Nacional de Salud del país y la autoridad y legalidad que le otorga un decreto ley de la Presidencia del Gobierno del país. Sus resoluciones constituyen indicaciones con carácter legal para su trasposición a los planes de salud en las diferentes esferas del Sistema Único de Salud. Sin embargo los Planes de Salud ni las directrices para la elaboración del Plan de Salud de Canarias cuentan actualmente con la legitimidad, para convertirse en un verdadero poder de decisión como Plan.

10.- GLOSARIO

- **Ajuste estructural:** Término que se utiliza, generalmente, para describir los cambios de políticas económicas que los gobiernos se comprometen a realizar al recibir préstamos del FMI y del Banco Mundial. Dicha condicionalidad la establecen con el fin de reducir el desequilibrio fiscal de los países prestatarios y superar los problemas que la llevaron a buscar ayuda financiera de la comunidad internacional. A través de las condiciones que se imponen, los programas de ajuste estructural establecen la liberalización de las economías que incluyen, tanto cambios internos (privatización y desregulación), como externos (reducción de barreras comerciales). Los países que no logran adoptar estos programas pueden estar sujetos a una severa disciplina fiscal.
- **Ciclo administrativo:** Desde la perspectiva clásica, es el proceso que, partiendo del análisis pasado y actual de un sistema y tras una evaluación de fines y medios, define objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un período determinado. En el ciclo de la administración se reconocen dos grandes fases: la primera etapa (preparatoria) es esencialmente de naturaleza intelectual y precede a la acción, incluye la planificación y la organización; la segunda etapa es la de ejecución de las actividades que comprende la dirección y el control.
- **Coherencia:** es la relación necesaria de determinación que ha de darse entre *objetivos, organización y métodos* de trabajo, como condición de eficacia para establecer la eficacia de un plan (Postulado de Coherencia, de Mario Testa).
- **CONASEMS:** El Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) es el órgano de representación de las entidades municipales de Brasil para tratar asuntos relacionados con la Secretarías Municipales de Salud (Equivalente a las Concejalías de Ayuntamientos en España), en los órganos deliberativos y consultivos de la dirección nacional del Sistema Único de Salud, en especial en el Consejo Nacional de Salud. Su objetivo es el de analizar, debatir y aprobar la política nacional de salud y su financiación, abogando por la descentralización de las acciones y servicios de salud y la autonomía de los municipios para planificar sus acciones y servicios, aprobar su Plan de Salud, de acuerdo a su realidad local, con el apoyo técnico y financiero de la Unión y de los Estados (Ley 8080/90 de Brasil).
- **CONASS:** El Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) es una entidad de derecho privado, sin fines de lucro, que se rige por los principios del derecho público y que asocia y representa a los Secretarios de Estado de Salud y sus sustitutos legales como gestores de las Secretarías de Estado de Salud (SES) de los estados y del Distrito Federal de Brasil.
- **Consejos de Salud:** «Los Consejos de Salud deben ser entendidos como parte del modelo sanitario y como un nuevo dispositivo del proceso de decisión público en salud. No solo son un mero instrumento de participación, sino que constituyen un espacio institucional nuevo que propicia la oportunidad y la efectividad de la participación comunitaria» (Decreto 117/1997 de la CCAA de Canarias).

Estos órganos son: el Consejo Canario de la Salud, a nivel de toda la Comunidad Autónoma; el Consejo de Salud del Área de Salud, uno en cada isla; un Consejo de Salud en cada Zona Básica de Salud; los Consejos Municipales de Salud para aquellos municipios que comprendan dos o más Zonas Básicas de Salud; y las Comisiones de Participación Hospitalaria, una por cada hospital general.

- **Contrarreforma sanitaria:** Concepto contrario a reforma sanitaria que depende del actor que define el término. Si se parte del principio *Reforma Sanitaria* como el basado en la defensa de un Sistema Nacional de Salud que se fundamenta política, jurídica e institucionalmente en los cambios planteados en la Ley de General de Sanidad de 1986 y su desarrollo descentralizador en el Estado de las Autonomías y de los Sistemas Regionales de Salud como servicios públicos de salud universales, financiados por impuestos, centrados en la atención primaria de salud y con la participación en el proceso de gestión de la ciudadanía, un proceso de contrarreforma sería aquel que se opone a este. Sin embargo también se puede aplicar, desde la visión del actor que considera aquella reforma de la Ley de 1986, como proceso que es necesario reorientar, en los ejes referidos de público-privado; centralización-descentralización o público privado. (Ver concepto de *Reforma Sanitaria*).
- **Contratos de gestión:** son prácticas viabilizadoras y coherentes con el modelo de Gestión Colegiada y la organización matricial de Sistema Locales de Salud, que viabilizan los mecanismos de coordinación del trabajo intra-organizacional y en red. El resultado más significativo de esta herramienta es el desarrollo de reglas de responsabilidad dentro del sistema gerencial, dentro de los sistemas de salud en general y de cada uno de los centros y unidades funcionales o servicios, en particular.
- **Control social:**
- **Desarrollo comunitario:** «Proceso de acción social, que persigue el desarrollo global de las comunidades locales con pretensiones de una transformación más amplia, y se caracteriza por la confianza en las personas y en sus posibilidades, así como por el uso de una pedagogía activa y mediante una participación coordinada de los grupos y de los responsables de las instituciones» (ONU).
- **Descentralización:** Asignación del poder, autoridad y responsabilidad de los sistemas políticos, económicos, fiscales y administrativas, entre el centro y la periferia. En el caso del distrito sanitario, la referencia es la descentralización administrativa para las políticas de salud y de la gestión de los sistemas de salud, su financiación y la prestación de servicios.
- **Desconcentración:** Transferencia de autoridad y responsabilidad de los organismos centrales en la capital de un país a las oficinas exteriores de dichos organismos en diferentes niveles (regional, provincial, estatales, y/o local).

- **Desinversión:** En el ámbito clínico, *reinversión es el proceso mediante el cual se dejan de financiar de manera parcial o por completo medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo valor clínico (sin efectividad clínica, no coste-efectivos o cuya efectividad o eficiencia son marcadamente marginales o menores que las de otros disponibles), al tiempo que se promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se destinan a financiar estos últimos.*(303)... Algunos autores la contraponen como la única vía de futuro para maximizar la eficiencia del sistema sanitario frente a los recortes presupuestarios lineales o indiscriminados o la exclusiva contención de costes.

Este es un concepto diferente a “desinvertir”, entendido como eliminar práctica médica, medicamentos o tecnologías para los que existen evidencias científicas de que aportan poco o ningún beneficio a la salud.

Sin embargo es importante tener en cuenta que en gasto sanitario, estos términos a veces se pueden prestar a confusión, deliberada o no, de desinvertir para reinvertir en otros campos distintos al sector salud o incluso desinvertir para no invertir y permitir más gasto privado.

- **Determinantes sociales de la salud:** «Son las condiciones económicas y sociales que influyen en la salud de las personas y las comunidades. Estas condiciones están determinadas por la cantidad de dinero, el poder y los recursos que tienen las personas, todas las cuales están influenciadas por las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud afectan a los factores que están relacionados con los resultados de salud» (OMS 1998). Los factores que influyen en la salud son, por tanto, múltiples e interrelacionados.
- **Diálogo apreciativo o Indagación apreciativa:** Método que se basa en hacer emerger las ideas de mejora, sobre la base de ejemplos positivos basados en el presente y pasado, en lugar de enfocar el proceso sobre la necesidad de identificar y solucionar problemas. Su núcleo es la práctica de formular preguntas que fortalezcan la capacidad de un sistema para aprehender, anticipar y enaltecer el potencial positivo. La metodología del diálogo apreciativo se basa en el análisis FOAR, una matriz que conjuga Fortalezas, Oportunidades, Aspiraciones y Resultados. Este enfoque fija la atención en lo que se hace bien y saca partido de ello, abordando los problemas desde las fortalezas para conseguir diluirlo y solucionarlo, aplicando lo que sabemos hacer bien sobre lo que estamos haciendo mal. Con la metodología del diálogo apreciativo se ayuda a los equipos, promoviendo el enfoque positivo para construir capacidades, contagiar fortalezas y estimular los resultados de una organización. □
- **Enfoque estratégico de planificación:** Orientación de las herramientas y metodologías de la planificación, que surge de la reflexión que se realiza en la década de los 70 y los 80, al constatar la baja de efectividad de los métodos de planificación cuando son aplicadas a las políticas sociales y de salud y, particularmente, en su aplicación en el sector público. Se destacan los métodos del pensamiento estratégico en salud de Mario Testa y la planificación estratégico-situacional (PES) de Carlos Matus.

- **Estado:** En cuanto expresión mayor de la organización política de la sociedad, no se agota en sus brazos ejecutivos, legislativo y judicial, ni en sus niveles político/administrativos federal, estadual y municipal. Expresa en la realidad una relación de fuerzas sociales e contantes lucha por la consecución de sus objetivos históricos. Desde esta perspectiva, *el Estado es todo el complejo de actividades prácticas y teóricas con las cuales la clase dirigente justifica y mantiene no solo su dominio, sino que consigue obtener el consenso activo de los gobernados (304).*

Gramsci considera que el Estado está conformado por el binomio sociedad política (gobierno, policía, ejército, administración) más sociedad civil (iglesia, sindicatos, entidades privadas empresas- lugar de la explotación - -, medios de comunicación, intelectuales, etc.). El Estado ejerce el papel de reproducir las relaciones de producción a través de sus dos brazos armados; por un lado la coerción, con toda su violencia de clase (dictadura), y el consenso social o hegemonía, que aparece como elemento civilizatorio (305).

A través de los aparatos ideológicos, la clases dominante garantiza su dominación; aquellos hacen de agente de unificación social. La ideología de la clase en el poder, como concepción del mundo, impregna todas las actividades, todas las prácticas que se expresan en todas las manifestaciones de la vida colectiva e individual. Aparece el Estado burgués como neutral (enmascarando su carácter de clase) y se nos presenta como regulador de la sociedad (realmente regula los desequilibrios internos del bloque dominante y sus tensiones con las clases subalternas).

- **Estrategia:** Plan, método o política diseñados par a conseguir determinados objetivos, que se ordenan racionalmente en razón de la información disponible, en un conjunto de decisiones, alternativas o líneas de acción posibles, todo ello integrado en un proyecto de alcance en el tiempo. Según el pensamiento estratégico es la forma de implementación de una política. Esa forma de implementación es el comportamiento de un actor social — individuo, grupo o institución— cuyo propósito es adquirir cierta libertad de acción que le permita ganar un espacio de maniobra en el cual implementar los objetivos buscados.
- **Gestión Colegiada o Cogestión:** Se basa, en el concepto de que todos los componentes de los equipos de trabajo participan de la dirección o gobierno, pero nadie decide solo o aislado o en lugar de los otros. La función de liderazgo de los cargos directivos de las estructuras institucionales no estará eliminada en esta forma de gestión, solo que no asumirá un carácter exclusivo o unipersonal. De ser un dirigente titular, sujeto sabio y todopoderoso pasará a formar parte de un *Colegiado* compuesto por coordinadores de cada una de los servicios o de las Unidades Funcionales de Trabajo
- **Gestión gerencialista:** Poder centralizado en jefes control directo sobre la realización de procedimientos técnicos (productividad médico-asistencial, etc.) y control sobre el comportamiento formal de los funcionarios (cumplimiento de horarios, informes etc.); elaboración centralizada de programas y de normas reguladores de la atención , y la casi ausencia de comunicación ya sea entre servicios en relación horizontal de poder como entre los distintos niveles jerárquicos.

- **Gestión participativa en salud:** Contiene una doble perspectiva, la de asegurar el cumplimiento del objetivo primario de la organización (producir salud, educar, etc.) y la de permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión y, en consecuencia, de realización profesional y personal. Ello supone combinar la democratización institucional, con la capacidad de tener algún grado de centralización vertical, sin lo cual, las instituciones y sus servicios perderían eficiencia y se perderían en discusiones interminables o en particularidades.
- **Investigación–acción:** Actividad que implica, simultáneamente, una forma de investigar y la acción práctica. Se basa en que cualquier proceso de “investigación” lleve consigo alguna forma de “acción”. Ofrece la posibilidad de una forma de investigación que implica a personas, organizaciones o comunidades, en un proceso de cambio, basado en acciones profesionales, desarrollos organizativos y/ o acción comunitaria. Al mismo tiempo, supone un ideal de trabajo práctico como forma también de aprender para aquellos grupos o actores implicados en la acción (acción como investigación).
- **Momentos de la planificación estratégica-situacional:** Proceso en el que destacan cuatro momentos fundamentales que la caracterizan: explicativo, normativo, estratégico y táctico operacional. La ordenación de esos momentos no debe ser visto como etapas estancas o sucesivas. El proceso de planificación puede empezar por cualquiera de esos momentos, dependiendo de cada situación, basándose en la idea de que las organizaciones y acciones de la salud son dinámicas y complejas.
- **Paradigma:** Es un conjunto de realizaciones científicas "universalmente" reconocidas, que durante un tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Un paradigma tiene dos características esenciales. "Su logro carece suficientemente de precedentes como para haber podido atraer a un grupo duradero de partidarios, alejándolos de los aspectos de competencia de la actividad científica ... (son) lo bastante incompletos para dejar muchos problemas para ser resueltos por el redelimitado grupo de científicos (Kuhn, T.S.,(1971) en su obra La estructura de las revoluciones científicas, CFE, México.
- **Participación ciudadana:** Acción a través de la cual la población interviene en el proceso de toma de decisión y ejecución de planes, en beneficio de los diferentes niveles de la vida pública; de modo que la solución de los problemas sociales no corresponde únicamente al Estado, sino al conjunto de fuerzas de la sociedad, donde la concertación sirve para diagnosticar e identificar los recursos posibles sobre la base del conflicto provocado por los intereses contrarios.
- **Participación ciudadana en salud:**“Es un proceso y una finalidad en sí misma;en su dimensión de vigilancia ciudadana promueve el ejercicio del derecho a la salud, el cambio en las relaciones de poder y en el modelo de atención de la salud; en su dimensión de incidencia política promueve medidas de todo tipo para orientar el sistema hacia el derecho a la salud. Es necesario demandar al Estado la rendición de cuentas en salud y la

generación de mecanismos y recursos para promover la participación ciudadana con respeto a la autonomía organizativa”.306

- **Pensamiento Estratégico (Mario Testa):** Planificación como una práctica social no estructurada, que introduce la categoría analítica de *poder* como parte fundamental en la planificación y en su propósito, que es el del cambio, partiendo del principio de que para introducir cambios en la situación de salud y en los sistemas sanitarios es necesario disponer de poder como recurso (técnico, económico-administrativo, político).
- **Pertinencia:** es el grado en que la argumentación y los objetivos de un plan, programa o proyecto son, o siguen siendo, adecuados, significativas y válidos en relación a las necesidades y preocupaciones prioritarias identificadas.
- **Plan de Salud:** «Es el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a evaluación» (LOSCA, Artículo 13).
- **Planificación:** Proceso que, partiendo del análisis pasado y actual de un sistema y tras una evaluación de fines y medios, define objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un período determinado. Planear, significa pensar antes de actuar, pensar sistemáticamente con método; explicar cada una de las posibilidades y analizar su respectivas ventajas y desventajas, proponer objetivos. Es proyectarse para el futuro, porque las acciones de hoy habrán sido eficaces o ineficaces, dependiente de lo que pueda ocurrir o no mañana.
- **Planificación en salud:** Proceso metódico consistente en definir un problema por análisis, para satisfacer las necesidades y demandas no satisfechas que constituyen el problema, fijar unos fines realistas y posibles, determinar el orden de prioridades, inventariar los recursos necesarios, conseguir y proyectar las acciones administrativas, considerando las diversas estrategias de intervención posibles para resolver los problemas.
- **Planificación normativa:** Enfoque de la planificación en que la definición de objetivos, actividades y recursos no surge del funcionamiento real de la vida social, ni del análisis de la fuerza o poder de los actores implicados en los planes, sino a partir de la superposición de normas técnicas que se originan en diferentes vertientes del pensamiento económico y del mundo administrativo.
- **Política:** Actividad que realizan los grupos que componen la sociedad, en torno a la relación social que constituye el poder.
- **Política sanitaria:** Conjunto de declaraciones, directivas oficiales, acciones y de posibilidades de intervención deliberada de los poderes públicos, en el ámbito concreto

del sector sanitario, orientadas a la regulación de las actividades necesarias para la obtención de los más elevados niveles de calidad en la producción de los bienes y en la prestación de los servicios sanitarios (incluidos los preventivos), contribuyendo de forma conjunta con políticas de otra naturaleza a alcanzar los objetivos de salud.

- **Postulado:** Principio que se admite como cierto sin necesidad de ser demostrado y que sirve como base para otros razonamientos.
- **Reforma sanitaria:** Concepto y ámbito de producción del conocimiento que va más allá de una mera reorganización de los sistemas y servicios de salud, al concebirse como un proceso de cambio en la estructura de poder del sector. Dicho proceso gira esencialmente en dos ejes principales que son la centralización/descentralización y el público/privado. En el caso particular del SNS en España y Canarias, se proponen otros dos secundarios, pero no por ello menos importantes: atención primaria–salud pública/atención especializada u hospitalaria y gestión estratégica y participativa en salud/gestión gerencial (gerencialismo).
- **Relación de condicionamiento:** Relación por la que se fijan por un fenómeno las condiciones para la eficacia de otro fenómeno.
- **Relación de determinación:** Relación por la que se fijan por un fenómeno las condiciones para la eficacia de otro fenómeno
- **Servicio Canario de la Salud:** «Es un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, creado para el desarrollo de las competencias de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, así como de la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados o adscritos funcionalmente al propio Servicio» (LOSCA, Artículo 50).
- **Sistema Canario de la Salud:** «Es el conjunto de las actividades, de los servicios y de las prestaciones desarrollados por organizaciones y personas públicas o privadas en el territorio de Canarias, que funciona de manera cooperativa y ordenada, conforme al Plan de Salud de Canarias, para promover y proteger la salud, prevenir la enfermedad y asegurar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud. El Sistema Canario de la Salud descansa en la protección integral y universal de la salud y persigue la realización plena de este bien individual y colectivo, mediante la promoción y protección de la salud pública, la prevención de la enfermedad y la curación y rehabilitación. Sin perjuicio de la libertad para el ejercicio de las actividades sanitarias, el Gobierno de Canarias asegura el funcionamiento coherente y eficaz del Sistema Canario de la Salud, en los términos que marca la LOSCA y mediante el ejercicio de las facultades de dirección, ordenación, planificación, supervisión y control que en ella se le atribuyen» (LOSCA, Artículo 2).
- **Situación:** la Es realidad explicada por un actor que vive en ella en función de su acción. *Situación Inicial* es la explicación de la situación inicial que tiene por objeto comprender

las causas complejas que generan los problemas. La *Situación Objetivo* es la situación que se desea alcanzar con el plan. La situación objetivo no es una meta definitiva sino un propósito pretendido en determinada situación inicial y, consecuentemente, alterable en la medida que ésta varíe.

- **SUS:** Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, está formado por el conjunto de acciones y de servicios de salud bajo gestión pública. Está organizado en redes regionalizadas y jerarquizadas y actúa en todo el territorio nacional con dirección única en cada esfera de gobierno, municipal, estadual y federal.
- **Territorialización:** Desde el punto de vista de la planificación, se entiende como un proceso que se apoya en las distintas realidades locales donde actores sociales (profesionales de salud, gestores, responsables políticos y población a través de sus organizaciones) se transforman en protagonistas activos y autores de un proceso de construcción del área de responsabilidad de una unidad de salud, en una lógica dirigida hacia la vigilancia y la acción sobre la salud en un territorio que contiene un perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político y social que lo caracteriza.

11. BIBLIOGRAFÍA

1- Bello, L. y Bello, N. (2009). *Op. cit.* Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%2020-04-2010.pdf

2- Lorenzo, P. y Gil, M., Rodríguez, M. (2009). Mortalidad Evitable en las Islas Canarias. 1981-2005. Documento de referencia 1. III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e02ebe9e-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia1_MortalidadEvitableCanarias%201981-2005.pdf

3- Grout, Maassen van den Brink H. (2007). The health effects of education. *Economics of Education Review*. 2007;26:186–200. 24.

4- Groosman M, Kaestner R. Effects of education on health (1997). . En: Behrman J, Stacey N, editors. *The social benefits of education*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1997. p. 69–123.

5- González López de V., B., Dávila Q. C. D. (2009). Crisis Económica y Salud. *Gac Sanit*.2009; 23(4):261–265

6- Bambra C, Pope D, Swami V, et al.(2009) Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:38–44.

7- Brenner MH. (1979). Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936–76. *Lancet*. 1979;ii:568–73. 27.

8- Brenner MH (1979). Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet*. 1979;i:671. 28.

9- Brenner MH. (2005). Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century – experience of the United States 1901–2000. *Int J Epidemiol*. 2005;34:1214–21.

10- Ruhm C. (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*. 2000;115:617–650.

11- Tom B, Michel G, Florence J. (2007). *Unemployment and mortality in France, 1982–2002*. Hamilton, Canada: Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University.

12- Neumayer E. (2005). Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Soc Sci Med*. 2004;58:1037–47.

13- Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153:529–40.

14- Universal Health Coverage (2012). Sep 08, 2012 Volume 380, Number 9845, p859-948. <http://www.thelancet.com/themed-universal-health-coverage>

15- Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4:298–316.

16- Stuckler D, King L, McKee M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009;373:399–407.

- 17- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). Área de Impacto 4. En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 18- Dávila D, y González López-Valcárcel B (2014). Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. *Revista Española de Salud Pública* 88 2014 Marzo-Abril: 1-4
- 19- Leigh A, Jencks C. (2007). Inequality and mortality: long-run evidence from a panel of countries. *J Health Econ.*;26:1–24.
- 20- Brenner MH. (2005). Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet*. 1979;i:672.
28. Brenner MH. Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century – experience of the United States 1901–2000. *Int J Epidemiol.*;34:1214–21.
- 21- Dávila D. y González López-Valcárcel B. (2009) Crisis económica y salud. *Gac Sanit* v. 23 n.4 Barcelona jul.-ago. 2009
- 22- Fontes Teixeira, C. (1992). Políticas de Saúde no Brasil: Situação atual e desafios estratégicos *Saúde debate*(35), 4-10, jul. 1992.
- 23- Asociación Canaria de Medicina Social (1991). *Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias*. Asociación Canaria de Medicina Social. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/12b180d3-9beb-11e4-b277-57c6989aecb2/FV_DeclaracionFV_Pajara1991.pdf
- 24- Arouca, A.S. (1982) Salud en la transición. En *Actas del II Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Managua*.
- 25- Berlinguer, G. (1988). *Uma Reforma para a Saúde. Por um Serviço Sanitário Nacional: Análise e proposta*. Em, *Reforma Sanitaria Italia e Brasil*. Berlinguer, G., Fleury. S.T. De Souza Campos, G. W. Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 26- Escorel, S. (1999). *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- 27- O'Shanahan J.J. (2006). Sostenibilidad, control social y participación en el Sistema Canario de la Salud. En J.L. Quevedo García (coord.), *La participación de los ciudadanos ante el reto de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público canario*. Consejo Económico y Social de Canarias.
- 28- Fleury T., S. org (1990). *La Reforma Sanitaria. En busca de una teoría*. Editorial Universidad de Guadalajara. México.
- 29- O'Shanahan J.J. (2007). El derecho a la salud. Como construir una nueva ética pública en el marco de la globalización. En *Actas de la Convención de movimientos sociales de Madrid: Hacia una nueva agenda de referencia común* (pp.1-21). Recuperado de: http://www.aavvmadrid.org/convencion07/archivos/sanidad_oshananan.pdf
- 30- Almeida, C. y Abrantes Pêgo, R. (2002). Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cuadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4), 971-989

- 31- Fleury, S.T. (1990). *La reforma sanitaria. En busca de una teoría*. Editorial Universidad de Guadalajara. México.
- 32- Brinkerhoff, D., & Leighton, C. (2002). Decentralization and health system reform. *Insights for Implementers*, (1), 1-12.
- 33- Ortún, V. y Callejón, M. (2012). *Crisis en España: ¿Cómo renovar los servicios sanitarios?* En, La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Directores; Casajuana J. et Gervás J. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Director, V. Ortún. Springer Healthcare Ed. Madrid.
- 34- Acerete, B., Stafford, A., & Stapleton, P. (2011). Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533-549.
- 35- Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpinán, J. M., & Oliva-Moreno, J. (2012). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 24, 75-80.
- 36- Repullo, J. R. y Oteo, J. (2010). *Dilemas de organización de los Centros Sanitarios. La alternativa de la nueva gestión pública y el buen gobierno*. Tribuna para médicos y pacientes. Recuperado de: http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2010/01/10_01_25_tribuna
- 37- Navarro, V. (2013). La privatización de la sanidad. *Revista El plural.com*. Recuperado de: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2013/02/la-privatizacian-de-la-sanidad.pdf>
- 38- Gobierno de Canarias. (2012). Resolución de 27 de enero de 2012, de la Secretaría General de Presidencia de Gobierno por la que se dispone la publicación del acuerdo por el que se adoptan medidas para la modernización y calidad de los servicios públicos. Canarias. 2012. Recuperado de:
- 39- De Sousa Campos, G.W. (2001). El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires. p.253
- 40- Minzberg, H.(1993). *La estructuración de las organizaciones*. Ariel Economía.p.561.
- 41- De Sousa Campos, G. W. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Em, Elías Merhy E., et Onocko R, orgs, *Praxis en Salud un desafío para lo público*. Pg. 229-266. Buenos Aires y São Paulo.
- 42- Irigoyen, J. (2012). ¿Los modelos gerencialistas y de clientelización en los servicios de salud tratan peor a los pacientes pobres?. Recuperado de: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/juan-irigoyen/>
- 43- Asociación Canaria de Medicina Social (1991). *Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias*. Asociación Canaria de Medicina Social. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/12b180d3-9beb-11e4-b277-57c6989aeb2/FV_DeclaracionFV_Pajara1991.pdf

- 44- Bello, L. y Bello, N. (2009). *Op. cit.* Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf
- 45- Bengoa, R., & Vasco, G. (2008). *Curar Y Cuidar: Innovación en la Gestión de Enfermedades Crónicas*. Barcelona Elsevier-Masson.
- 46- OMS (2008). *La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca* (Informe sobre la salud en el mundo). Recuperado de: http://www.who.int/whr/2008/_es.pdf
- 47- Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), 1091-1092.
- 48- Mori, M. (1989). Modelos Sanitario en Europa (II). Italia. En, *VII Jornadas de Debate sobre la Sanidad Pública*. Situación actual y Perspectiva de la Reforma Sanitaria FADSP.
- 49- Imperatori, E. (1989) Modelos Sanitario en Europa (II). Portugal. En, *VII Jornadas de Debate sobre la Sanidad Pública*. Situación actual y Perspectiva de la Reforma Sanitaria FADSP.
- 50- Berlinguer, G., Fleury. S.T. De Souza Campos, G. W. (1988). *Reforma Sanitaria Italia e Brasil* Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 51- Almeida, Celia. (2000). *Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud*. En: Cuadernos Médico Sociales N°79:27-58. Rosario
- 52- Fleury, S. T. (1990). *La reforma sanitaria. En busca de una teoría*. Universidad de Guadalajara. México.
- 53- Berlinguer, G. (1988). *Uma Reforma para a Saúde. Por um Serviço Sanitário Nacional: Análise e proposta*. Em, *Reforma Sanitaria Italia e Brasil*. Berlinguer, G., Fleury. S.T. De Souza Campos, G. W. Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 54- OMS-OPS. (2001). *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Org.: Almeida, C., Bazzani, R., et Pittman, P.
- 55- Schneider, M. (1992) *Tendencias en la convergencia de sistemas de atención sanitaria en la CEE*. XII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid.
- 56- Carro Ramos, José M^a. *Reforma de la atención primaria de salud en España*. Atención Primaria. 1985; 2(1):3-6.
- 57- Fajardo Alcántara, A. (2007). La experiencia de Montánchez como germen de la Reforma de la Atención Primaria en España. En, Campos, R., Montiel., L. y Huertas, R. *Medicina, Ideología e Historia en España. Siglos XVI-XXI*. CIS. Pp. 389-396.
- 58- Presser, E. (1988). Diez años del Plan de Salud de Bizcaia. En, FADSP. *Situación actual y perspectivas de la Reforma Sanitaria*. VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública.
- 59- O'Shanahan, J. J. (1979). *Un Centro de Salud para el desarrollo*. Tirajana 1976-1980. Rev., de Higiene y Sanidad Pública, año LII, Noviembre-diciembre. Madrid.

- 60- Fajardo Alcántara, A. (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en atención primaria en la década de 1980.* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperada de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16925506.pdf>
- 61- Gavilán, E. (2010). *Pioneros de la Atención Primaria en España: Tirajana (1976-1980).* Recuperada de: <https://egavilan.wordpress.com/2010/08/27/pioneros-de-la-atencion-primaria-espanola-tirajana-1976-79/>
- 62- Alemán, S. (2006). *Los años de la ilusión. El cambio democrático en el municipio de Santa Lucía (1979-1983) y sus antecedentes.* España: Anroart Islas Canarias.
- 63- FADSP. (2011). *Treinta años del Sistema Sanitario Español.* Recuperado de: <http://fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/339-treinta-anos-del-sistema-sanitario-espanol-1981-2011>
- 64- O'Shanahan J. J., Bello, L. M., Jiménez, M., Lorenzo, P. y Dopico, J. (2004). The ECCA System in distance education: an innovative technology as an instrument of health promotion and for institutional changes in Local Health Systems. En *XIII Conference of the International Association of Health Policy (IAHP). Public Health Association of South Africa; Medical Research Council and Health Systems Trust.* Durban, South Africa.
- 65- Bello, L. M., O'Shanahan, J. J. (1986). Salud para todos. una experiencia en Canarias de educación para la salud como instrumento para la participación comunitaria. *Rev. San. Hig. Púb.*, 1986, 60, 939-961. Año LX. Septiembre-octubre.
- 66- Bello, L. M. Armas, A., Jiménez, M., Hernández, L. et Serra, Ll. (2003) Nontraditional nutrition education interventions: The Radio ECCA method. *European Journal of Clinical Nutrition* 57, Suppl 1, 586-589.
- 67- Asociación Canaria de Medicina Social (1991). *Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias.* Asociación Canaria de Medicina Social. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/12b180d3-9beb-11e4-b277-57c6989aecb2/FV_DeclaracionFV_Pajara1991.pdf
- 68- Elola, J. (2012). Políticas sanitarias y gestión sanitaria en España. En *XXVI Seminario Interdisciplinar de la Catedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas.* España.
- 69- O'Shanahan, J. J. (1995). *Situação da Reforma Sanitaria na Espanha.* Em: Buss P. M. et Labra, M. E., orgs. *Sistemas de Saúde, continuidades e mudanças.* Argentina, Brasil, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. Editora Hucitec. São Paulo.
- 70- Giomo, S. (2005). Markets and Medicine. The politics of Health Care Reforms in Britain, Germany and the United States. *The University of Michigan Press.*
- 71- Giovanella, L. (1998). *Entre a solidariedade e a subsidiariedade. Políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a terceira etapa da reforma da saúde.* (Tese de

doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/EntreSolidariedade.pdf>

72- Pollock, A. (2005). NHS plc. *The Privatisation of Our Health Care* (2nd ed.). London, New York. Verso. New Left Books

73- Carro, J. M. (1989). Evaluación de la Reforma Sanitaria: Marcos teóricos previos. En, *VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública*. Situación actual y perspectivas de la Reforma Sanitaria. VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública, FADSP.

74- Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires.

75- Giomo, S. (2005). *Markets and Medicine. The politics of Health Care Reforms in Britain, Germany and the United States*. The University of Michigan Press.

76- Pollock, Allyson (2005). NHS plc. *The Privatisation of Our Health Care* (2^a ed.). London – New York. Verso. New Left Books

77- Labonte, R., Schrecker, T., et al. (2004). *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health*. UCT Press. Ottawa.

78- Unger J.P., De Paepe, P., Kasturi, S. y Soors, W.(2010). *International health and aid policy. The need for alternatives*. Cambridge University Press.

79- Elola, J. (2012). Políticas sanitarias y gestión sanitaria. En. *XXVI Seminario Interdisciplinar de la Catedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas*. España

80- Barrientos, N. (2001) El Informe Abril, "la reforma truncada". Décimo aniversario. *El diario médico Interactivo*. Recuperado de: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/informeabril.htm>

81- ELOLA, J. (2001). *Política Sanitaria Española*. Madrid: Díaz de Santos. ELOLA, J. (2001). *Op. cit.* (61)

82- Irigoyen, J. (1994). La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Madrid. Ed. Díaz de Santos. pp.183-222.

83- Irigoyen, J. (2012) *¿Los modelos gerencialistas y de clientelización en los servicios de salud tratan peor a los pacientes pobres?* Recuperado de: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/juan-irigoyen/>

84- Elola, J. (2001). *Política Sanitaria Española*. Madrid: Díaz de Santos..

85- Navarro, V. (1994). Presentación, En, Elola, J. *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas*. Barcelona: SG Editores, SA.

86- Elola, J. (2012). Políticas sanitarias y gestión sanitaria en España. XXVI En *Seminario Interdisciplinar de la Catedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas*. España.

- 87- Federación Española de Municipios y Provincias. (1985). *Proyecto de Ley General de Sanidad*. (Informe de Declaración, inédito). Federación Española de Municipios y Provincias. Madrid.
- 88- Clos, J. (1978). *Crítica a la regionalización sanitaria: un proyecto democrático de sanidad rural*. En, De Miguel., J. M. (ed.), *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid: C.I.S.
- 89- Pérez Peñasco, A. (1983). *La sanidad española desde la perspectiva del usuario y de la persona enferma*. Madrid: Encuentro.
- 90- Elola, J. (1991). *Op. cit. (61)*
- 91- Elola Javier. (1991). *Crisis y Reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISSS).
- 92- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. 25 de abril de 2012. Recuperado de: <http://www.fadsp.org/>
- 93- OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. En *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*.
- 94- Starfield, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Ed. Massson.
- 95- OMS. Ser. Inf. Tecn. Núm. 429. 1969
- 96- Roemer, N. I., Evaluación de los centros de Salud Pública. Cuadernos de Salud Pública, nº 48. Ginebra. 1972.
- 97- O'Shanahan, J.J. (1979). *Un Centro de Salud para el desarrollo*. Rv. de Sanidad e Higiene Pública. Nov-Dic: Año LIII. Madrid.
- 98- Fajardo Alcántara, A. (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en atención primaria en la década de 1980*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16925506.pdf>
- 99- UNED. El 29 Congreso del PSOE. Recuperado de: <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Derechopolitico-1982-13-5482AE4D/PDF>
- 100- Díez Cárcamo, A. (1983). *EL PSOE, DE SURENES A LA DEMOCRACIA (1974 – 1982)*. Universidad de la Rioja. Recuperado de: <http://clio.rediris.es/n32/PSOE.pdf>
- 101- Partido Socialista Obrero Español () *Por el cambio PSOE*. Recuperado de: <http://www.psoe.es/source-media/000000550500/000000550978.pdf>
- 102- Casajuana, J. y Casajuana, M. (2012). Aprendiendo de los otros países europeos. En, *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Colección V. Ortún, Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Madrid. Springer Healthcare.

- 103- Muller, R. (2004). Policy not politics. *Emory. Public Health. Rollins School of Public Health*. Recuperado de:
http://whsc.emory.edu/_pubs/ph/phspr06/policy.html
- 104- Saltman, R., Rico, A. and Boerma, W. (2006). *Primary Care in the driver`s seat? Organization Reform in European Primary Care*. European Observatory on Health Systems and Policies series. England: Open University Press
- 105- Pollock, A. (2005). *The Privatisation of Our Health Care*. London, New York.
- 106- Labonte, R., Schrecker, T., et al. (2004). *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health*. Ottawa: UCT Press. Ottawa.
- 107- Testa, M. (2002). *El sujeto en la era de la globalización. I Jornadas Internacionales de reflexión crítica sobre Globalización*. Asociación Canaria de Estudios de la Globalización. Recuperado de:
http://ecaths1.s3.amazonaws.com/sotogestion/Globalizacin_MarioTesta.pdf
- 108- Unger, J.P., De Paepe, P., Kasturi, S. y Soors, W.(2010). *International health and aid policy. The need for alternatives*. Cambridge University Press.
- 109- Sanders, D. (1997). The struggle for Health: Medicine and de Politics of Underdevelopment. En, Werner, G., and Sanders, D. *The politics of Primary Health Care and Child Survival. With an in-depth critique of Oral Rehydration Therapy*. California: Health Wrights.
- 110- O´Shanahan, J.J. (2012). *La Atención Primaria de Salud y el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). Una visión comparada desde Canarias en el contexto global*. (Informe de Asistencia Técnica, inédito). Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC y Técnicas Competitivas S.L. Canarias.
- 111- Bello, L. y Bello, N. (2009). *Condiciones de vida y salud en Canarias*[versión electrónica]. Documento de Referencia 2. III Plan de Salud de Canarias. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf
- 112- Unger, J.P. (2006). Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care*. Vol 6, pp.1-18.
- 113- Cátedra UNITWIN-UNESCO de SILOS ULPGC. y la IAHP (2007). Contribuyendo a la democratización institucional y la Gobernanza en salud como derecho social. En Memoria, del *Seminario Avanzado para el análisis de las políticas de salud en África desde la experiencia latinoamericana e internacional*. Salvador de Bahía. Brasil. (pp. 1-11)
- Ide Janeiro, R. (1992). Cumbre de la Tierra. In *Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo*. Brasil. Recuperado de:
https://es.wikipedia.org/wiki/Cumbre_de_la_Tierra_de_R%C3%ADo_de_Janeiro

- 114- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2. Washington D.C: OPS, p.71
- 115- OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008*. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
- 116- Labonte, R. (2010). Comprehensive Primary health care: Evidence of effect, effect of evidence. In. '*Health for all in a new global context: Challenges and opportunities*'. Radboud University Nijmegen. The Netherlands.
- 117- OMS. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Todos por la equidad. En, *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Rio de Janeiro. Brasil. Recuperado de: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- 118- WHO. (2009). CDSH. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health*. (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health). World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
- 119- Labonte, R. (2010). Comprehensive Primary health care: Evidence of effect, effect of evidence. In. '*Health for all in a new global context: Challenges and opportunities*'. Radboud University Nijmegen. The Netherlands.
- 120- Unger, J.P., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W., et Green, A. (2006). Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *Int J Integr Care*. Jul-Sep; 6: 1-14. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1576566/pdf/ijic2006-200614.pdf>
- 121- OPS/OMS. (2007). *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. Washington, DC: OPS.
- 122- Starfield, B. (2001). Equidad en Salud y Atención Primaria. Una meta para todos. *Gerencia y Políticas de Salud*, noviembre, año/vol. 1, número 001. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. 7-16. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/starfield.pdf>
- 123- Vuori, H. (1984). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Atención Primaria*, 1: 3-4
- 124- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *Op. cit.* Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 125- O'Shanahan, J. J. (1992). Dificultades prácticas de la gestión de la reorientación de los servicios. En, *IX Jornadas de debate sobre Sanidad Pública*. Pamplona. Colección Sanidad Pública, nº 6. FADSP.

126- Labonte, R. (2010) Comprehensive Primary health care: Evidence of effect, effect of evidence. In. *'Health for all in a new global context: Challenges and opportunities'*. Radboud University Nijmegen. The Netherlands.

127- Iglesias, F. H. (2011). Innovación en Atención Primaria. Vías de avance de fácil y necesaria implementación. In, *La refundación de la Atención Primaria* (pp. 107-120). Springer Healthcare

128- Infac. ¿Qué es la desprescripción?

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf

129- Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2012;27:130-8. <http://www.actasanitaria.com/opinion/puntode-vista/articulo-taxonomia-practica-de-la-desinversion-sanitaria-en-lo-que-no-anade-valor-para-hacersostenible-el-sistema-nacional-de-salud.html>

130- Ortún, V. (2012) *“Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina de la “cultura de la queja”*. En: La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Casajuana J. y Gervás J., directores. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Ed. Springer Healthcare Ibérica SL. Madrid.

131- Conferencias Insulares de salud de Canarias.

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d446429-7c70-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>

132- Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. <http://www.bocm.es/bocm/>

133- Proyecto de Ley de Salud Pública de Canarias

<http://www.parcn.es/files/pub/bop/7l/2010/299/bo299.pdf>

134- Gervás J. et Casajuana J. La necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. *El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”*. En: La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Casajuana J. y Gervás J., directores. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Ed. Springer Healthcare Ibérica SL. Madrid.

135- Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación. (El caso de salud)*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

136- Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. I Jornadas Internacionales de reflexión crítica sobre Globalización. Asociación Canaria de Estudios de la Globalización. 11 de noviembre de 2002. http://ecaths1.s3.amazonaws.com/sotogestion/Globalizacin_MarioTesta.pdf

- 137- Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. I Jornadas Internacionales de reflexión crítica sobre Globalización. Asociación Canaria de Estudios de la Globalización. 11 de noviembre de 2002. http://ecaths1.s3.amazonaws.com/sotogestion/Globalizacin_MarioTesta.pdf
- 138- Prada C., Gil B., et Del Río A. Participación ciudadana y consumo de servicios de salud. Análisis político. Ministerio de Salud. Colombia. 1998
- 139- Alves de Souza, A (2008). Apresentação. Democracia, Conselhos de Saúde e Participação Social. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 43, p. 7-14, Junho.
- 140- Escorel, S. (2008). "Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política". Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, nº 43, p. 23-28. Junho *Conferencia pronunciada el 7 de noviembre de 2007 en el evento "Democracia Participativa, Democracia Representativa y Consejos de Salud en el contexto de la reforma política"*.
- 141- Putman R. (1886). Comunidade e democracia a experiencia da Italia moderna. Editora FGV.
- 142- Kawachi I, Kennedy B, Lochner K. (1997). Long live community: social capital as public health. The American Prospect. 1997; 35.
- 143- Berkman LF, Syme SL. (1996). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. Am. J. Epidemiol. Community Health. 1996; 50: 245-251.
- 144- Labra ME (2002). Capital Social y Consejos de Salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? Cad. Saúde Pública. 2002; 18 (Suplemento): 47-55. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
- 145- Restrepo, H.E. (2000). Increasing community capacity and empowering communities for promoting health. Fifth Conference on Health Promotion. Mexico, D.F. Panamerican Health Organization.
- 146- Marmot M, Baum F, Bégin M, Berlinguer G, Chatterjee M, Foege W, et al (2009). Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva.
- 147- Dopico Mesa J. (2006) "La estrategia de la participación comunitaria en salud para el desarrollo local". Máster en investigación participativa para el desarrollo local. Universidad Complutense de Madrid.
- 148- Dopico Mesa J. (2006) "La estrategia de la participación comunitaria en salud para el desarrollo local". Máster en investigación participativa para el desarrollo local. Universidad Complutense de Madrid.
- 149- Repullo J.R. (2005). Un nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud Sostenible. Ed. Ariel. Barcelona.

- 150- Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. Conferencia pronunciada en las I Jornadas Críticas sobre la Globalización Neoliberal. Asociación Canaria de Estudios de Globalización. Gran Canaria.
- 151- Uribe Rivera, J. et Artmann E. (2006). Planificación y Gestión en Salud flexibilidad metodológica y acción comunicativa. En: Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Uribe Rivera, J: Editora Fioruz. Rio de Janeiro.
- 152- Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. Conferencia pronunciada en las I Jornadas Críticas sobre la Globalización Neoliberal. Asociación Canaria de Estudios de Globalización. Gran Canaria. 2002.
- 153- Matus, C. (1994) Sobre la teoría de las macro organizaciones. Revista PES N3 Santafé de Bogotá. Apud por Uribe, F.J. et Artmann E. en Planificación y gestión en Salud: flexibilidad metodológica y acción comunicativa. En, Uribe J. (2006)Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Editora Fio cruz
- 154- Rosenberg S. W. (2007). Deliberation, Participation and Democracy. Can the People Govern? Palgrave Macmillan Ed. New York.
<http://www.palgraveconnect.com/pc/doi/finder/view/10.1057/9780230591080>
- 155- Vergara Estévez J. (2005).La concepción de la democracia deliberativa de Habermas. Quorum académico. Volumen 2, Nº 2. Pgg 72-88 .Julio –Diciembre 2005. Universidad de Zulia.
- 156- SCS. (2008). Los órganos de participación Comunitaria en el Servicio Canario de Salud. O'Shanahan JJ y Dopico J. Serie Normativa Sanitaria. Consejería de Sanidad. 4ª Edición. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3df69e01-358d-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia8_ParticipacionComunitariaEnElSCS4.pdf
- 157- Ivo de Carvalho A. (1997). "*Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitaria como reforma do Estado*". Em: Saúde e Democracia - A luta do Cebes. Sonia Fleury (organizadora). Lemos Editorial, São Paulo. 1997.
- 158- <https://www.boe.es/boe/dias/2010/07/12/pdfs/BOE-A-2010-10985.pdf>
- 159- Vergara Estévez J. (2005).La concepción de la democracia deliberativa de Habermas. Quorum académico. Volumen 2, Nº 2. Pgg 72-88 .Julio –Diciembre 2005. Universidad de Zulia.
- 160- Decreto 24/1999 de 17 de junio de la Comunidad Autónoma de Canarias por el que se modifica el Decreto 32/1995, DE 24 de febrero por el que se aprueba EL Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud en lo relativo a la composición de los Consejos de Salud de la Áreas de Salud 7 y de las Zonas Básicas de Salud.
- 161- Irigoyen J. (2012)¿Los modelos gerencialistas y de clientelización en los servicios de salud tratan peor a los pacientes pobres?Marzo 20, 2012.
<http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/juan-irigoyen/>
- 162- Navarro V. y Torres J. (2013). Lo que debes saber para que no te roben la pensión. Gac. Sanit.2014;28:261 - Vol. 28 Núm.3 DOI: 10.1016/j.gaceta.2013.09.008

- 163- O'Shanahan, (1995). *Situação atual da reforma sanitaria na Espanha em Sistemas de Saúde: Continuidades e mudanças*. Paulo M Buss e Maria Eliana Labra (orgs). Editorial Hucitec – Fiocruz. Rio de Janeiro.
- 164- Berlinguer, G. (1988). *Uma Reforma para a Saúde. Por um Serviço Sanitário Nacional: Análise e proposta*. Em, Reforma Sanitaria Italia e Brasil. Berlinguer, G., Fleury. S.T. De Souza Campos, G. W. Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 165- Labonte, R., Schrecker, T., et al. (2004). *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health*. UCT Press. Ottawa.
- 166- Pollock, A. (2005). NHS plc. *The Privatisation of Our Health Care* (2nd ed.). London – New York. Verso. New Left Books. (pp 134).
- 167- Giomo, Susan. 2005. *Markets and Medicine. The politics of Health Care Reforms in Britain, Germany and the United States*. The University of Michigan Press.
- 168- Irigoyen J. (1994). La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Madrid. Ed. Díaz de Santos. p.183-222.
- 169- Ugalde A. (2006). Un acercamiento teórico a la Participación Comunitaria en Salud. En: Menéndez LE, Spinelli H. *Participación Social ¿Para qué?* Editorial Buenos Aires.
- 170- Pearce N, Davey G. (2003). Is social capital de key to inequalities in health?. *American Journal of Public Health*. 2003; 93.
- 171- Hawe P, Shiell A. (2000). Social capital and health promotion: *Social Science& Medicine*. 2000; 51: 871-885.
- 172- Buss P.M, et Ferreira J. R., (1998) “Promocão da Saúde e a Saúde Publica”. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- 173- Mendes, E.V. (1996). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. Apud by: Buss P.M., et Ferreira J. R (1998), “Promocão da Saúde e a Saúde Publica”. ENSP. Rio de Janeiro. 1998.
- 174- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). Área de Impacto 4. En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 175- Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires.
- 176- Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires
- 177- Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. Conferencia pronunciada en las I Jornadas Críticas sobre la Globalización Neoliberal. Asociación Canaria de Estudios de Globalización. Gran Canaria.

178- Modolo M.A. (1983). Educación Sanitaria, comportamiento y participación. Metodología. Documento presentado en el Seminario de Educación para la Salud en la Atención Primaria. Universidad Menéndez Pelayo. Santander.

179- Freire P. (1970). Pedagogía del oprimido. Santiago de Chile.
<http://www.ensayistas.org/critica/liberacion/varios/freire.pdf>

180- BOE (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29/05/2003.

181- SCSP-SESPAS (2004). *Declaración de Las Palmas de Gran Canaria sobre Planes de Salud*. En. Conclusiones I y II Talleres sobre Planes de Salud. Grupo SESPAS de Planes de Salud. <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/planificacion/planificacion-sanitaria-lectura-1.pdf>

182- Fiuza, M.D et al / Gac Sanit. 2010; 24(Suppl 1):37–41 Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010.

apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13188261&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=57&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v24nSupl.1a13188261pdf001.pdf

183- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015) *Ámbito de Intervención II: Reorientar el Sistema Canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios*. En, Referencia para los ámbitos de intervención y áreas de impacto del III Plan de Salud de Canarias. Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. 28 de enero de 2015.
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9>

188- Fiuza, M.D et al / Gac Sanit. 2010; 24(Suppl 1):37–41 Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010.

apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13188261&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=57&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v24nSupl.1a13188261pdf001.pdf

189- Wismar M, Blau J., Kelly E. y Figueras J. (2008). La eficacia de la evaluación del impacto en salud. Alcances y limitaciones del apoyo a la toma de decisiones en Europa. European Observatory of Health Systems and Policies. Consejería de Salud. Sevilla

<http://www.creis.es/sobre-la-eis/la-evaluacion-del-impacto-en-salud> (14 de agosto de 2015)

190- Consejería de Sanidad (1997). Decreto 3/1997, de 21 de enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/1997/041/002.html>

191- Dirección del Servicio Canario de la Salud (2014). Documento de referencia nº 5 del III Plan de Salud de Canarias: "Evaluación del II Plan de Salud de Canarias. Resumen ejecutivo". http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/fc51323a-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia5_Evaluacion2PlanSaludResumenEjecutivo.pdf

- 192- O`Shanahan, J. J., y Dopico J. Mecanismos de control social para la legitimación de la estrategia en el Plan de Salud de Canarias. Primer taller nacional de Planes de Salud. Sociedad Canaria de Salud Pública, Sociedad Española de Salud Pública. Gran Canaria. Noviembre. 2000.
- 193- Aquiles R. Lanza. Planificación en Salud en Sonis A. y colabs. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Tomo II. Atención de la Salud. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 2ª ed. 1976.
- 194- Uribe Rivera, F. J. (2006). Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- 195- Uribe Rivera, F. J. (2006). Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- 196- Matus, C. (1987) *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas, Fundación Altadir.
I Uribe Rivera, F.J. (org) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. Cortez Editora. São Paulo. Brasil. 1989.
- 197- Chorny. A. H. (1990). El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Educ Med Salud*, Vol. 24, No. 1
- 198- Testa M. (1993) *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Paggs. 138 y 139
- 199- Testa M. (1995). *Pensamiento estratégico y e lógica de la programación*. El caso de salud. Lugar Editorial. Buenos Aires. Paggs. 212-227
- 200- Testa M. (1993) *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires
- 201- De Oliveira Cecilio, L.C., et Onocko R., Orgs. (1997). *Praxis en Salud. Un desafío para lo público*, Lugar Editorial- Ed. Hucitec. Buenos Aires- São Paulo.
- 202- Rodriguez Villasante T., Montañes J., y Marti J. (2000). *La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía /1*. Ed. El Viejo Topo. Madrid.
- 203- Benlloch J. (2007). *La investigación-acción participativa y los mapas sociales*. Ponencia. Nov.Castellón.
- 204- Cooperrider D. and Whitney. D. (2005). *Appreciative Inquiry: A Positive Revolution in Change.* Berrett-Koehler Ed.
- 205- Zaidam D. (2013). *El Dialogo Appreciativo en el Proceso Comunitario Intercultural*. Instituto Universitario de Investigación sobre Migraciones, Etnicidad y Desarrollo Social (IMEDES)-Universidad Autónoma de Madrid.
- 206- Bushe, G.R. (2011) *Appreciative inquiry: Theory and critique*. In Boje, D., Burnes, B. and Hassard, J. (eds.) *The Routledge Companion To Organizational Change (pp. 87103)*. Oxford, UK: Routledge.

- 207- CEDEAL (1993). *El Enfoque de Marco Lógico. Manual para la planificación de proyectos orientada mediante objetivos*. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Universidad Complutense de Madrid. Fundación Centro Español de Estudios de América Latina – CEDEAL. 2ª Ed. Madrid.
- 208- Matus, C. (1987) *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas, Fundación Altadir
- 209- Zaidam D. (2013). *El Dialogo Appreciativo en el Proceso Comunitario Intercultural*. Instituto Universitario de Investigación sobre Migraciones, Etnicidad y Desarrollo Social (IMEDES)-Universidad Autónoma de Madrid.
https://www.uam.es/otroscentros/imesdes/docs/publi/colaboradores/publi_Dzaidam_2013.pdf
- 210- Bushe, G.R. (2011) *Appreciative inquiry: Theory and critique*. In Boje, D., Burnes, B. and Hassard, J. (eds.) *The Routledge Companion To Organizational Change (pp. 87103)*. Oxford, UK: Routledge.
- 211- Bushe, G.R. (2013). *The Appreciative Inquiry Model*. In Kessler, E. (ed.) *The Encyclopedia of Management Theory*. Sage Publications
- 212- Matus C. (1998). *Adiós señor presidente*. LOM ediciones. 1ª ed. Santiago de Chile.
- 213- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 214- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 215- MSSSI (2015). *Estadísticas de gasto sanitario público: 2013. Principales resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ed. Abril 2015.
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- 216- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 217- Lne.es. España (2010). *El PP abandona el Gobierno de Canarias tras el apoyo de CC a los Presupuestos*. <http://www.lne.es/espana/2010/10/20/pp-abandona-gobierno-canarias-apoyo-cc-presupuestos/982865.html>

- 218- Borrador de proyecto de Ley de Sanidad de Canarias. www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/20090527borradorleysanidad.pdf
- 219- WHO. 2009. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Backgroundpaper. WHO Regional Office for Europe. Acceso el 12 de abril de 2009.
- 220- González López de V., B., Dávila Q. C. D. Crisis Económica y Salud. *Gac Sanit.* 2009; 23(4):261–265
- 221- CONASEMS (2011). *Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal*. Brasil. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf
- 222- Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.
- 223- Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.
Apud Müller Neto, J. et al *Conferencias de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006. p255
- 224- Brasil (2011). *História das Conferencias de saúde*. Em, 14ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>
- 225- Ramos A. y Faría C. F. (2013). Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional. *Revista Española de Ciencia Política*. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.
- 226- Ramos A. y Faría C. F. (2013). Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional. *Revista Española de Ciencia Política*. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.
- 227- Brasil (1993). Ministério da Saúde. *A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992*. *Cad Rec Hum Saúde* 1993; 1(1). Apud by Vilela, E. P et Sanna M.C. (2009). *Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde*. *Rev. bras.enferm.* vol.62 no.6 Brasília Nov./Dec. 2009. http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600012
- 228- Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman. (2005) M. Equidade em saúde nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 449-58. Apud por Vilela, E. P et Sanna M.C. (2009). *Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde*. *Rev. bras. enferm.* vol.62 no.6 Brasília Nov./Dec. 2009. http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600012
- 229- Ivo, A. (1995). *Conselhos de saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social*. FASE/IBAM. Rio de Janeiro. P. 34.

- 230- Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.
- 231- Apud Müller Neto, J. et al *Conferencias de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006. p255
- 232- Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.
Apud Müller Neto, J. et al *Conferencias de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006. p255
- 233- Brasil (1987). *Anais da 8ª Conferencia Nacional de Saúde*. 17-21 de março de 1986. Ministerio de Saúde. Brasilia.
- 234- Brasil. (1990). Lei 8.142/90 de de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e da outras providências. *Diário Oficial União* 1990 dez 31; 1: 1. ,
- 235- Brasil (1987). *Anais da 8ª Conferencia Nacional de Saúde*. 17-21 de março de 1986. Ministerio de Saúde. Brasilia.
- 236- Brasil (1993). *Relatorio final da 9 Conferência Nacional de Saúde. Municipalização é o caminho*. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf
- 237- CONASEMS (2011). *Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal. Brasil. P. 8* http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf
- 238- Moreira, M. and Escorel, S. (2009). *Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-812
- 239- CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília.
- 240- Mahoney, J and Thelen, K (ed) (2010). *Infiltrating de State: The evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964-1988. Explaining Institutional Change. Ambigüity, Agency and Power*. Cambridge University Press 2010. Ny. P. 38-63. NY.
- 241- CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília. P. 32.
- 242- Buss P. et Ferreira R. (2010). *Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)*. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.1-14, mar., 2010*
- 243- Buss P. et Ferreira R. (2011). *Critical essay on international cooperation in health*. RECIIS – *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.1-14, Mar., 2010*.

- 244- CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília. P. 8.
- 245- CEBES (2014). *Conselho Nacional de Saúde realiza reunião ampliada em Brasília*. 15ª Conferência Nacional de Saúde, 264 Reunião Ordinária, Conselho Nacional de Saúde. Publicado em 11/12/2014 12h12. <http://cebes.org.br/2014/12/conselho-nacional-de-saude-realiza-reuniao-ampliada-em-brasilia/>
- 246- Domínguez B. et al (2015). *A 15ª já começou. Conferências municipais revelam diferenças regionais e estimulam debates sobre o desafio de proteger o SUS das ameaças privatizantes*. RADIS 155. Ago/2015.pp 12-13. www.ensp.fiocruz.br/radis
- 247- RADIS (2015). *Entrevista Gastão Wagner, "O SUS não é cachorro morto"*. Radis. 156. St/2015. Pp.30. www.ensp.fiocruz.br/radis
- 248- Ramos A. y Faría C. F. (2013). *Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional*. Revista Española de Ciencia Política. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.
- 249- Domínguez B. et al (2015). *A 15ª já começou. Conferências municipais revelam diferenças regionais e estimulam debates sobre o desafio de proteger o SUS das ameaças privatizantes*. RADIS 155. Ago/2015.pp 10-13. www.ensp.fiocruz.br/radis.
- 250- Brasil. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Documenta n.18. Brasília. P. 17-20.
- 251- Pinheiro, R. (1996). *A dinâmica dos conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso (Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabopoana)*, in: Revista de Administração Pública, vol. 30, n.º 05, set/out, 1996, p. 64-100.
- 252- Tatagiba L. (2000). *Analysis of the literature on recent experiences of the participation of civil society in the formulation and implementation of public policy*. Civil Society and Governance Project. Institute of Development Studies. Final Report.
- 253- BRASIL (2000). Conselho Nacional de Saúde CNS. *A prática do controle social e os conselhos de saúde em 14 reflexões*. 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm>>. Acesso em: 18 sept. 2015.
- 254- Moreira, M. and Escorel, S. (2009). *Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-812
- 255- Coelho, Vera S. e Nobre, Marcos (2004). *Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. Editora 34. São Paulo
- 256- Müller Neto, J. et al (2006). *Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006.

- 257- Müller Neto, J. et al (2006). *Conferencias de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006.
- 258- Ramos A. y Faría C. F. (2013). Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional. *Revista Española de Ciencia Política*. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.
- 259- CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília. P. 40.
- 260- CONASEMS (2011). *Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal. Brasil*. P. 3-5 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf
- 261- Sarreta, F.O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. <http://books.scielo.org>
- 262- Brasil (2004). Portaria n ° 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.
- 263- Declaración Política de la VI Conferencia Nacional de Salud. *Derecho a la Salud para Todas y Todos ¡Por un Sistema Universal de Salud Ahora!* Foro de la Sociedad Civil en Salud de Lima. 13 de noviembre de 2013. <http://www.forosalud.org.pe/declaracionpolitica.pdf>
- 264- [Http://ecca2.itccanarias.org](http://ecca2.itccanarias.org) usuario: scs; contraseña: ecca
- 265- Bello, L. y Bello, N. (2009). *Condiciones de vida y salud en Canarias* [versión electrónica]. Documento de Referencia 2. III Plan de Salud de Canarias. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf
- 266- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 267- Consejería de Sanidad (2015). Continuidad y cambio en el III Plan de Salud de Canarias. Capítulo 3, Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017, de 28 de enero de 2015. P. 14.
- 268- Restrepo H. E, y Málaga H. (2001). *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. Ed, Médica Panamericana. Bogotá.
- 269- Restrepo H. E, y Málaga H. (2001). *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. Ed, Médica Panamericana. Bogotá.

270- Consejería de Sanidad (2015). *Conferencias Insulares de Salud*. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d446429-7c70-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>

271- Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/667606a1-a86d-11e4-9053-9d1690bb437a/GC_S1_EvolucionProblemas_%202008_2014.pdf

271- Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de La Palma. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/936ca5b5-a86d-11e4-9053-9d1690bb437a/LP_S1__EvolucionProblemas2008_2014.pdf

272- Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de Tenerife. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c30fc994-a0af-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/TF_S1_EvolucionProblemas2008_2014.pdf

273- Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de Lanzarote. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1d2b78fd-a86c-11e4-9053-9d1690bb437a/LZ_S1_EvolucionProblemas_2008_2014.pdf

274- Morales E., Rodríguez F., Mahtani, V., O'Shanahan J. J. (2015). *La situación percibida del estado de Salud Mental en el III Plan de Salud de Canarias*. Trabajo fin de Grado. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Canarias.

I SCS, (2014). *Análisis y priorización de los problemas de salud-enfermedad, salud pública, asistencia sanitaria y sociosanitaria desde la perspectiva de los sanitarios y usuarios. Estudio por Zona Básica de Salud e Isla. Octubre-diciembre de 2008*. Documentación de referencia 3. Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/eec46a5d-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia3%20_AnalisisSaludECCA_%20IslasyZBS_2009.pdf

275- Mathani, V. et al (2015). *Priorización de los problemas de salud-enfermedad-cuidados, salud pública, calidad de vida, asistencia sanitaria y socio-sanitaria desde la perspectiva de los profesionales y usuarios*. Octubre2015. Documento en elaboración.

276- Consejería de Sanidad, (2015). *Problemas ponderados y desglosados por tipo y agrupados por categorías: salud enfermedad; salud pública; calidad de vida y condiciones de trabajo; asistencia sanitaria y atención sociosanitaria*. Conferencias Insulares de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8e5332b6-a0b1-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_S2_ProblemasPriorizadosXCategor%C3%ADas_SituacionSalud.pdf

277- Mathani, V. et al (2015). *Priorización de los problemas de salud-enfermedad-cuidados, salud pública, calidad de vida, asistencia sanitaria y socio-sanitaria desde la perspectiva de los profesionales y usuarios*. Octubre 2015. Documento en elaboración.

278- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud - Enfermedad. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1cc5909c-869b-11e4-a62a-758e414b4260/GC_3_P_SaludEnfermedad.pdf

279- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud - Enfermedad. Conferencia Insular de Salud de Tenerife*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6a4b369a-86a4-11e4-a62a-758e414b4260/TF_3_P_SaludEnfermedad.pdf

280- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud Pública. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f45d9092-869c-11e4-a62a-758e414b4260/GC_4_P_SaludPublica.pdf

281- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud Pública. Conferencia Insular de Salud de Tenerife*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/857d0951-86a4-11e4-a62a-758e414b4260/TF_4_P_SaludPublica.pdf

282- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Asistencia Sanitaria. Conferencia Insular de Salud de La Palma*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af9bc8ce-addc-11e4-9053-9d1690bb437a/LP_P_AsistenciaSanitaria.pdf

283- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Asistencia Sanitaria. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/4ed31099-869d-11e4-a62a-758e414b4260/GC_6_P_AsistenciaSanitaria.pdf

284- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Atención Sociosanitaria. Conferencia Insular de Salud de El Hierro*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cbe72e34-9a3f-11e4-923c-cd79a99f8ea9/HIE_DebateV_AsistenciaSociosanitaria.pdf

285- Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Atención Sociosanitaria. Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d731aba0-8774-11e4-923c-cd79a99f8ea9/FV_Atencion_Sociosanitaria.pdf

286- SCS (2015). *Memoria de la Conferencia Insular de Salud de La Gomera*. Recuperado de

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7e32320f-a172-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/GOM_S_4_DialogoApreciativo.pdf

287- SCS (2015). Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura. Recuperado de http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/de52ef26-a0b1-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_S4_DialogoApreciativo.pdf

288- SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9e48c7d2-a0b2-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/GC_S4_DialogoApreciativo.pdf

289- SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de La Palma. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/dd95a9da-ade0-11e4-9053-9d1690bb437a/LP_Panel%20II_FortalezasReinversion.pdf

290- SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Lanzarote. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b4f84007-a86c-11e4-9053-9d1690bb437a/LZ_S4_DialogoApreciativo.pdf

291- SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Tenerife. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c1073297-a0b0-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/TF_S4_DialogoApreciativo.pdf

292- (2015). *Diálogo Apreciativo. Imagen Horizonte*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Tenerife. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1f8e904c-86a5-11e4-a62a-758e414b4260/TF_11_PanelIII_Horizonte.pdf

293- SCS (2015). *Información recogida en los debates*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de La Palma. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a3c63c3e-df76-11e4-b8de-159dab37263e/LPA_Memoria_ConferencialInsular.pdf

294- Restrepo H. E, y Málaga H. Promoción de la Salud: Como construir una vida saludable. Ed. Médica Panamericana. Bogotá. Pag 173.

295- SCS (2013). Resolución 954/2013 de 19/4/2013. F-1789-90, de la Directora del Servicio Canario de la Salud por la que se aprueba el plan estratégico de las Direcciones de Área del Servicio Canario de la Salud para el ejercicio 2013. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

296- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

297- SCS (2015). *Operaciones contempladas en los PGC y PEA*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/334bc85b-a144-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_7_DebateVI_ImagenHorizonte.pdf

298- SCS (2015). *Operaciones contempladas en los PGC y PEA*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/334bc85b-a144-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_7_DebateVI_ImagenHorizonte.pdf

299- SCS (2015). *Operaciones contempladas en los PGC y PEA*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/334bc85b-a144-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_7_DebateVI_ImagenHorizonte.pdf

300- SCS (2009). *Documento de referencia 6*. “El proyecto del III Plan De Salud De Canarias 2010-2015 visto desde cada una de las Áreas de Salud por sus equipos coordinadores”. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/563b7424-3256-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia6_ResultadosTalleres%20ESSSCAN_AS_2009.pdf.

301- *Documento de referencia 6*. “El proyecto del III Plan De Salud De Canarias 2010-2015 visto desde cada una de las Áreas de Salud por sus equipos coordinadores”. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/563b7424-3256-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia6_ResultadosTalleres%20ESSSCAN_AS_2009.pdf.

302- *Documento de referencia 6*. “El proyecto del III Plan De Salud De Canarias 2010-2015 visto desde cada una de las Áreas de Salud por sus equipos coordinadores”. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/563b7424-3256-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia6_ResultadosTalleres%20ESSSCAN_AS_2009.pdf.

303- De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

304- Rivero, A. (2014). En, Abellán J. M., Campillo C. y del Llano, J. Reinversión: asignatura pendiente del sistema nacional de salud. Fundación Gaspar Casal-Roche. Agustín Rivero Cuadrado. Director General de Cartera de Servicios y Farmacia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

305- Paim, J. (1986) *Dierito a saúde, cidadania e Estado*. Em, Brasil. Ministerio da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17/21 de março de 1986. Brasília..

306- Weidenm. C. (2006) *Apuntes sobre la teoría del Estado en Gramsci*. Centro de Estudios “Investigación y cambio social”. Universidad Arcis. Santiago de Chile.

307- Declaración Política de la VI Conferencia Nacional de Salud (2013). *Derecho a la Salud para Todas y Todos ¡Por un Sistema Universal de Salud Ahora!* Foro de la Sociedad Civil en Salud de Lima. 13 de noviembre de 2013.

308- ECCA (2009) Memoria del curso “Consejos de Salud. Un nuevo espacio de participación. Radio ECCA Fundación Canarias. Documento interno. Las Palmas de Gran Canaria.

309- Suárez Castro J. (1999) Experiencia en Angola, “Salud y participación comunitaria”.1998.Boletín cuatrimestral, Radio y Educación de Adultos, ECCA nº 39-40 Septiembre 1998 – Abril 1999.

310- SCS (2010). Mathani V.; Martín R.; Ramos. J. L.; Alonso J. L y O´Shanahan, J.J. *Análisis y priorización de los problemas de salud-enfermedad, salud pública, asistencia sanitaria y socio - sanitaria desde la perspectiva de los sanitarios y usuarios*”. Documento de Referencia nº 3. III Plan de Salud de Canarias. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/eec46a5d-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia3%20_AnalisisSaludECCA_%20IslasyZBS_2009.pdf

311- Consejería de Sanidad, (2015). Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. Versión 28- enero de 2015. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e>

12. ANEXOS

ANEXO 1.- ALGUNAS ACCIONES FORMATIVAS CON EL SISTEMA ECCA DESARROLLADAS CON EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD Y RELACIONADAS CON EL PROCESO DE REFORMA SANITARIA

1.1.- “Participación y Reforma Sanitaria”

Esta acción formativa se realizó en dos ediciones, 1988 y 1999 y consta de diez clases aunque hubo necesidad de añadir 4 o 6 sesiones más de grupo, de la 8 establecidas, por la dedicación extra que suponía la realización del taller del Plan de Acción por Problemas. En esta actividad grupal se utilizó una metodología simplificada de la Planificación Estratégico – Situacional (Plan de acción por problemas) adaptada, por el autor, para su utilización por los futuros Consejos de Salud.

a).- Objetivos generales

- Analizar desarrollo de la Reforma Sanitaria en España y en Canarias
- Conocer la finalidad y atribuciones de los Consejos de Salud y de Dirección
- Conocer y capacitar en la aplicación de instrumentos necesarios para ejercer como miembros de los Consejos
- Favorecer la coordinación para el desarrollo de los planes de acción desde los Consejos de Salud.

b).- Contenidos

Las unidades didácticas desarrollados son las siguientes:

- La Reforma Sanitaria como proceso y espacio de consenso
- Los órganos de participación y dirección del Servicio Canario de Salud.
- La Comunidad de Salud.
- Organización y funcionamiento del Servicio Canario de Salud.
- Financiación del Sistema Nacional de Salud y del Servicio Canario de Salud.
- El Plan de Salud de Canarias.
- Instituciones y organizaciones implicadas.
- Coordinación interinstitucional.
- Análisis de situaciones
- Taller específico: Los planes de acción por problemas.

Con la acción formativa “Participación y Reforma Sanitaria”, se pretende generar condiciones favorables de sensibilización y formación que facilitaran la constitución de los Consejos de Salud de Zona, en una estrategia de participación coordinada y articulada de los recursos propios del Servicio Canario de Salud, las Corporaciones Locales y la sociedad civil organizada.

c).- Discusión y resultados

La realización de esta experiencia ha favorecido el conocimiento de los servicios sanitarios por los participantes, la comunicación entre los actores de la comunidad sanitaria; la legitimación de los servicios sanitarios públicos y los planes de salud con una vocación de acercamiento y apropiación que desde los grupos de trabajo que se proyecta en propuestas concretas y mediante una metodología activa y participativa en el ejercicio de conocer los

programas, la estructura, el lenguaje y los recursos humanos y económicos existentes en cada zona básica de salud, compartiendo el personal sanitario con la población expectativas, intereses, experiencias, desacuerdos y dudas.

Esta acción formativa ha permitido dar una gran cobertura y abarcar simultáneamente 125 y 128 grupos en cada una de las dos ediciones grupales, realizadas en 1998 y 1999, durante diez semanas cada una. Se realizó en 103 de las 105 Zonas de Salud del Archipiélago y con un total de 5.228 participantes de los que finalizaron con aprovechamiento el 67,2%. El 82% participó en los talleres grupales.

Para la realización de un análisis situación y la elaboración de su plan de acción en el taller, los grupos priorizaron un problema de su zona básica. De entre los escogidos por cada uno de los 120 grupos formados, relacionamos algunos de ellos:

- Uso y abuso de productos fitosanitarios
- Bajo nivel de Educación Sanitaria
- Alto consumo de drogas legales: tabaco y alcohol
- Falta de control medioambiental
- Existencia de embarazos no deseados y de alto riesgo en adolescentes.
- Alta prevalencia de Hipertensión Arterial
- Alta prevalencia de Enfermedades Cardiovasculares
- Falta de asistencia sanitaria 24x24 horas, en la Zona Básica de Salud.
- La carencia de Centro de Salud

A continuación desatacaremos las conclusiones y recomendaciones más relevantes que elaboraron los coordinadores insulares en base a la experiencia realizada con los grupos de trabajo y los monitores de su isla:

- *“La realización de este curso, ha supuesto en la gran mayoría de las Zonas Básicas de Salud, un reconocimiento y fortalecimiento de la relación de los profesionales de la salud con el tejido social de la zona, en la medida que estos han contado con un instrumento claro y preciso de trabajo.”*
- *“Somos conscientes de las expectativas que se han generado en este curso, con los contenidos trabajados y la metodología de grupo empleada, en relación a la creación de futuros Consejos de Salud así como a los procesos participativos generados y al reto que supone desde el sector salud con este ciclo que hemos iniciado y que no debemos parar, pues significaría descrédito y pérdida de credibilidad y oportunidad para de otras acciones futuras generadas desde el Servicio Canario de Salud”.*

Se pone de manifiesto, que la heterogeneidad de los participante en los grupos conformados (Equipos de Atención Primaria, Asociaciones de Vecinos, Asociaciones de personas mayores, Asociaciones Juveniles, colectivos de enseñantes etc.) ha contribuido en gran medida a que las aportaciones el trabajo realizado y las conclusiones obtenidas en los grupos hayan sido de gran riqueza para la formulación de futuras intervenciones, así como para incluir mecanismos correctores en las mismas.

El trabajo conjunto realizado entre personal sanitario y personas de procedencia diversa de la comunidad y ajena al sector salud, ocupando y compartiendo en muchas ocasiones

dependencias de centros de salud, Asociaciones Vecinales, etc. ha creado una atmósfera de apertura y entendimiento y recíproca entre los miembros de los E.A.P. y la propia comunidad.

Ello ha supuesto una oportunidad para el acercamiento y el reconocimiento de los profesionales de la salud con el tejido social de la zona, generándose en muchos casos procesos a los que se planteaba dar continuidad, valorando e incluyendo las propuestas formuladas desde los grupos de trabajo, en los objetivos de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Entendemos que este proyecto es un escalón de un proceso educativo que pretende influir en un cambio cultural en la comunidad y en los servicios de salud.

Desafortunadamente, la estrategia perseguida con la implementación de esta acción formativa no tuvo continuidad desde la misma Dirección del Servicio Canario de Salud confirmándose el temor reflejado en una de las conclusiones referidas en el párrafo anterior. Dos importantes huelgas de personal sanitario que llegaron a paralizar los servicios de Atención Primaria, en una de ellas y de la Atención Especializada a continuación. Tras las elecciones autonómicas y locales, la Consejería de Sanidad se mantiene en el mismo partido político, Coalición Canaria, pero la corriente liberal –conservadora del partido (AIC) sustituye a la orientación de izquierdas (ICAN) en el Consejero y los altos cargos. Con el cambio se enfría la estrategia de constitución y desarrollo de nuevos Consejos de Salud, ante el temor de la apertura de nuevos frentes de conflicto con Consejos de Salud reivindicativos tensionando el clima sistema sanitario con el temor a una mayor pérdida de legitimación.

1.2.- “Los Consejos de Salud. Un nuevo espacio de participación”

La implementación de esta acción formativa se desarrolló entre octubre de 2008 y noviembre de 2009. Su propósito es promover la creación y activación de los órganos de participación del Servicio Canario de la Salud, y en particular de los Consejos de Salud de Zona Básica (ECCA, 2009)307.

En la actualidad están en marcha tanto el Consejo Canario de la Salud como los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas de Salud. Completar la constitución de los Consejos de Salud de las Zonas Básicas de Salud constituye un objetivo fundamental en el desarrollo del modelo de atención primaria de salud que permite, además, abrir un espacio de oportunidad para la acción intersectorial e interinstitucional en el que los municipios tienen un papel fundamental. La acción formativa trata de contribuir a la formación de profesionales, representantes de instituciones y ciudadanos, como potenciales vocales de los Consejos de Salud, los cuales funcionan como una nueva estructura participativa de las iniciativas e inquietudes de la comunidad de salud, formada por los y las profesionales del sector de la salud, vecinos y políticos, en torno a las necesidades y demandas de salud de la población.

Varios de estos Consejos de Salud de ZBS ya están funcionando, aproximadamente 12 de los 105 necesarios, y con esta acción formativa se pretende activar el proceso para reforzarlos y poner en marcha el resto de los Consejos repartidos por todas las Islas. El objetivo que se pretende con este curso y con la futura formación de los Consejos de Salud de Canarias, es que, cuando el mapa de participación esté finalizado, habrá casi 3000 personas repartidas por todo el archipiélago participando en los asuntos que interesan a la salud de la población, lo que no colocará en un ambiente cualitativamente distinto al actual que supondrá una aportación significativa a la mejora del funcionamiento de nuestro servicio sanitario.

1.- Destinatarios.

El curso está destinado a profesionales de los Centros de Salud y del Servicio Canario de Salud, representantes de las instituciones que puedan formar parte de los Consejos de Salud de Zona Básica, vocales de los Consejos de Salud de Zona y de las Áreas de Salud. Todos ellos constituyen la prioridad de este curso y serán designados por las instituciones y colectivos con representación en los Consejos de Salud de Zona. El número de alumnos por colectivo está determinado por la normativa tal y como indica el cuadro adjunto:

-

- **2.- Objetivos Generales**

- Conseguir que las personas participantes y organizaciones representadas en los Consejos de Salud, sepan claramente en qué consisten dichos Consejos, qué finalidad persiguen, cómo van a funcionar y cuál es su papel en el proceso de desarrollo de la salud en su ámbito de influencia.
- Contribuir a la consolidación de los órganos de participación y dirección del Servicio Canario de Salud, como un espacio institucional nuevo de participación-asesoramiento.
- Propiciar dinámicas y proporcionar bases teóricas y metodológicas para una coordinación intra e interinstitucional entre los Órganos de Participación y otras iniciativas y planes sociocomunitarios u organizaciones y sectores, que inciden en el proceso de salud de la comunidad y que constituyen una condición de eficacia del Plan de Salud de Canarias.
- Aumentar el nivel organizativo de la población para hacer frente, de una manera colectiva, a los problemas de salud aprovechando las infraestructuras sociales y los órganos colegiados de participación, existentes.
- Aumentar el espacio social de los grupos en la sociedad y en las instituciones donde funcionan.

-

- **3.- Contenidos**

- Los contenidos de los esquemas de la acción formativa son:

- 1. Sostenibilidad, responsabilidad social y participación en el sistema Canario de Salud.
- 2. Organización del Servicio Canario de Salud.
- 3. Participación y Consejos de Salud.
- 4. Composición y atribuciones de los Consejos de Salud de Zona Básica.
- 5. Análisis de situaciones en un Consejo de Salud.

-

- Contenidos de los dos talleres:

-

- Taller 1º.- Análisis de la situación de salud

1. Problemas de salud-enfermedad-cuidados.
2. Problemas de salud pública, calidad de vida; y de las condiciones de trabajo y empleo.
3. Problemas de atención sanitaria.
4. Problemas de atención socio-sanitaria.

5. Priorización de los diez problemas por orden de importancia a juicio del grupo.

-

- Taller 2º.- Puesta en marcha del Consejo de Salud de Zona Básica

1. Elaboración de un supuesto práctico de composición del Consejo de Salud.

2. Método del análisis de situación de un problema de salud prioritario.

-

-

4.- Resultados generales

4.1.- Jornadas para la formación de los monitores.

Para la formación de los monitores se realizaron unas jornadas en el 14 y 15 de octubre de 2008 en la isla de Tenerife. A dichas Jornadas asistieron diferentes 103 sanitarios de la 105 zonas básicas previstas. Esta jornada contribuyó a la formación de profesionales como potenciales vocales de Consejos de Salud. Convirtiéndose a su vez en los monitores que guiarán a los diferentes grupos que se formen en cada Zona Básica.

4.2.- Participación esperada y alcanzada de monitores por isla.

Isla	Participantes	
	Esperados	Asistentes
Tenerife	680	397
La Palma	140	83
Gomera	64	53
El Hierro	28	25
Gran Canaria	716	357
Lanzarote	120	71
Fuerteventura	80	70
TOTAL	1.828	1.056

4.3.- Relación porcentual y numérica de participantes en la acción formativa por entidad a la que pertenece.

COLECTIVO	Nº	%
Profesionales Centro del de Salud	413	
Ayuntamiento	216	
Sindicato	13	
Farmacéuticos	50	
Asociaciones de Vecinos	62	
Consejos Escolares	38	
Otros colectivos	189	
TOTAL	1.056	

4.4.- Valoración general de los asistentes a la jornada formativa de monitores

VALOR	Nº	%
-------	----	---

Muy buena	5	5,5
Buena	43	47,3
Regular	33	36,3
Mala	5	5,5
Muy mala	2	2,2
NS/ NC	3	3,3
Total	91	100

1.3.- “Saúde e participação comunitária” en Angola.

Realizado en Angola, fue un curso elaborado con la metodología ECCA, financiado por el Gobierno de Canarias y algunos municipios de este Archipiélago y que fue posible gracias a la colaboración de la ONG Médicos del Mundo, la Dirección Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud de la República de Angola, la Delegación Provincial de Salud de Bengo y de la Delegación Municipal de Salud de Dande. El curso se enmarca dentro de un proyecto de Médicos del Mundo denominado “Plan estratégico para el desarrollo del Sistema Social de Salud de Dande”, que era financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional.³⁰⁸

El curso se destinó a la población adulta analfabeta de la parte norte de la provincia de Bengo, en Angola.

El objetivo general del proyecto era: “elevar el nivel de salud de la comunidad de Dande y Bengo, a través de aumento de conocimientos y su capacidad de organización, favoreciendo la democratización, descentralización y la autorresponsabilidad de su población”.

El programa de trabajo para los cuatro meses de estancia de los técnicos sanitarios angoleños en las instalaciones de Radio ECCA, en Canarias incluía la elaboración de material didáctico impreso, la grabación de clases radiofónicas y la planificación y animación de la acción tutorial posterior en el terreno. El trabajo realizado conjuntamente hizo posible que los esquemas impresos y las grabaciones de cada clase, fueran una fiel reproducción de la realidad del contexto donde posteriormente se impartió el curso.

Para la fase de implementación se dispuso de la asistencia técnica de un técnico de ECCA, en Canarias, que permaneció en Angola durante cuatro meses, y que trabajó directamente con un equipo local. Este estaba formado por siete profesionales: dos técnicos de grado superior procedentes del nivel central del Ministerio de Salud; dos de grado medio procedente de la Dirección Provincial de Salud Pública de Bengo además de tres auxiliares sanitarios procedentes de la Dirección Municipal de Salud. Estos realizaban la coordinación de los grupos y el apoyo a los monitores para la realización de las actividades o talleres correspondientes en cada reunión grupal.

Se llevó a cabo un encuentro de formación de monitores de tres días con los 57 monitores y monitoras que iban a acompañar a los grupos de participantes. La formación se centró en los conocimientos y técnicas de trabajo con grupos, del papel del monitor-facilitador, etc.

El despliegue logístico para cubrir todo el territorio de la provincia exigió un gran esfuerzo.

El interés y aceptación por parte de la población era evidente cuando el equipo central comprobaba que en los poblados casi toda la comunidad estaba reunida alrededor del aparato de cassette escuchando la clase y las acciones o los debates del grupo.

Finalmente se trabajó en cinco zonas por toda la provincia, con 43 grupos y 41 monitores/as, con la participación de 450 personas adultas, de los que el 82% de ellas eran mujeres.

Después de esta experiencia el equipo angoleño formado en el sistema ECCA, produjo, grabó e implementó, con la ayuda de la ONGd, Médicos del Mundo, una segunda edición mejorada, con nuevos esquemas.

ANEXO 2

INFORME

IX CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD DE BRASIL

ETAPA NACIONAL: 9 AL 14 DE AGOSTO DE 1992^{XLVIII}

BRASILIA

JOSE JOAQUIN O`SHANAHAN JUAN

Cátedra UNITWIN-UNESCO de Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Las Palmas de Gran Canaria

5 de Septiembre de 1992

1.- INTRODUCCION

El presente informe responde al compromiso adquirido, ante el Cabildo Insular de Gran Canaria que subvencionó mi asistencia a la Etapa Nacional de la IX Conferencia Nacional de Salud de Brasil que se celebró en Brasilia, desde el 9 al 14 de Agosto, bajo el lema "*municipalización es el camino*".

Mi participación en dicho evento fue en calidad de observador internacional por España y como ponente en el panel específico sobre "Sistemas comparados de Salud" junto a otros invitados de Argentina, Canadá, Cuba, Chile, Italia y México, siendo moderado por el Dr. David Tejada, representante en Brasil de la Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud.

El interés por aprovechar la oportunidad que se me presentó, al ser invitado a la "**Nona Conferencia Nacional de Saúde**", respondía no solamente al interés profesional en el campo de la planificación sanitaria y de las políticas de salud, sino a la de analizar las características de este formidable evento. Se da de forma exclusiva en el sector salud de Brasil sin precedentes en ningún otro país, que yo sepa, de la región americana o europea. En la Etapa Nacional se culmina un proceso de debate iniciado en la Etapa Municipal primero, Estadual luego y que finaliza después de casi un año en la Etapa Nacional con más de cuatro mil delegados elegidos democráticamente en cada nivel. En estas conferencias se evalúa la situación de Salud del

^{XLVIII} Es parte de un documento presentado al Cabildo Insular de Gran Canarias, en la misma fecha con el título, "REFLEXIONES PARA UN DEBATE SOBRE LA DESCENTRALIZACION Y LA DEMOCRATIZACION DEL PROCESO DE LA REFORMA SANITARIA EN CANARIAS."

país y se proponen las directrices para la formulación y orientación de las políticas de salud para los próximos cuatro años.

El objetivo fundamental de la IX CNS (2) es la reflexión y el debate sobre la Reforma Sanitaria y en particular la implantación del Sistema Unico de Salud -iniciado en Brasil en los años 80 (1)- así como analizar y orientar su proceso de descentralización a los municipios.

Salvando las distancias propias de las peculiaridades históricas, políticas y sociales de Brasil y España o Canarias en particular, considero que desde el escenario actual del Sector Salud en una coyuntura de restricción del gasto público, las coordenadas de la discusión son semejantes y yo diría generalizables a la gran parte de países europeos y americanos cuyos sistemas sanitarios están sometidos a procesos reformistas o contrarreformistas -según se mire-. Esas coordenadas están establecidas por los ejes CENTRALIZACION-DESCENTRALIZACION y PUBLICO-PRIVADO. El "cómo" y el "cuánto" viene determinado por la determinación socio-histórica de sus sistemas sanitarios y la coyuntura económica y política de cada país. Esta Conferencia nos puede aportar algo esencial para la orientación-conducción del proceso descentralizador en Canarias y en España en general: la necesidad del CONTROL SOCIAL del mismo.

Entendido como (3) "la capacidad que tiene la sociedad organizada de intervenir en las políticas públicas interactuando con el Estado para el establecimiento de sus necesidades e intereses y en la definición de las prioridades y metas de los Planes de Salud", la Conferencia Nacional de Salud, desde la VIII celebrada en 1986, es un instrumento que viabiliza la participación DIRECTA de todos los actores sociales que tienen que ver con la Salud Pública y la Asistencia Sanitaria: por un lado, los usuarios representados de forma paritaria en la que se incluyen entidades representativas de los mismos y, por el otro, proveedores de servicios sanitarios, empresarios, administraciones públicas en los distintos niveles municipal, estadual y nacional, etc. Creo que el resultado del proceso que se desencadena no invalida sino, por el contrario, refuerza y da consistencia al proceso democratizador en la sociedad civil articulándola con las instituciones representativas del Estado y órganos de la democracia representativa: sindicatos, partidos políticos, poder legislativo y cámaras de representación municipales y autonómicas, etc.

La futura Ley de creación del Servicio Canario de Salud, que ha de ser promulgada por el Parlamento de Canarias, como los Planes de Salud para la Región y para cada una de las Islas, Areas o Zonas Básicas de Salud se tendrán que formular por imperativos legales previstos en la Ley General de Sanidad -si es que ésta no se modifica antes-. Pero se pueden hacer sin el concurso o la participación de las Corporaciones Locales, Asociaciones Profesionales, Sindicatos, Organizaciones Empresariales, etc. y, en definitiva, de la población organizada. En todo caso, es más probable que se realice de un modo más bien formal buscando la legitimación de decisiones que obedezcan a intereses más corporativos o economicistas de los grupos dominantes en la tecnoestructura de las instituciones del Estado que a objetivos estratégicos por una descentralización que contemple la modificación de la estructura de poder en el sector desde el punto de vista técnico, económico-administrativo y político en donde los municipios y los Cabildos no sean meros espectadores porque... la Salud es algo que compete a los ciudadanos.

Quizás este informe pueda contribuir a reflexionar sobre la necesidad de la articulación de la participación de la Sociedad Civil en el proceso de la Reforma Sanitaria como CONDICION DE EFICACIA en la consolidación del crecimiento y de los cambios conseguidos en los servicios de salud y de aquellos necesarios para el alcance de objetivos técnico-administrativos, estratégicos o de configuración de la estructura de poder en el sector y de legitimación de los procesos ante los usuarios y los trabajadores del sector por una sociedad canaria más autónoma, solidaria y democrática.

2.- ¿QUE ES LA IX CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD Y COMO SE DESARROLLA?

2.1.- ¿QUÉ ES LA IX CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD?

Las Conferencias de Salud (4) son instancias colegiadas del Sistema Unico de Salud de Brasil regulada por la Ley 8.142/90 y convocadas cada cuatro años por el Gobierno Federal o por el Consejo Nacional de Salud. Han sido realizadas en el Brasil desde el año 1947.

Lo que torna la IX Conferencia Nacional de Salud en un marco, no sólo en el sector Salud sino en el proceso de modernización y democratización del Estado Brasileño, es el hecho de que en ella estarán participando por primera vez en situación paritaria, con los demás actores sociales del sector, los usuarios a través de las organizaciones civiles que los representan. Este carácter participativo fue reforzado por el hecho de que la IX CNS fue concebida como un proceso que se desarrollaría en etapas siguiendo la lógica organizativa del Sistema Unico de Salud. Por esa razón, el 80% de los delegados presentes en la Etapa Nacional, elegidos en cada Estado en una proporción de un delegado por cada 100.000 habitantes según el censo, fueron indicados por las plenarias de la Etapa Estadual, que a su vez congregaba a delegados procedentes de la Etapa Municipal. Eso permitió un extraordinario proceso participativo a la sociedad brasileña, confiriendo a los delegados a la IX CNS representatividad y legitimidad no constatados nunca antes en eventos similares en el Brasil.

2.2.- PARTICIPANTES

La "Nona" Conferencia Nacional de Salud, en sus diversas etapas, cuenta con la participación de miembros representantes de Consejos, Asociaciones, Sindicatos y Federaciones de profesionales de la Salud; Representantes de entidades y organizaciones de la sociedad civil; usuarios y personas interesadas en las cuestiones relativas a la Salud, a la Reforma Sanitaria y en particular a la implantación del Sistema Unico de Salud.

Los miembros de la IX CNS, en todas sus etapas, se distribuyen en cuatro categorías: Delegados con derecho a voz y voto, participantes credenciados con derecho a voz, invitados y observadores nacionales e internacionales.

En todas las etapas de la IX CNS se asegura la representación paritaria (50%) de los usuarios, a través de los delegados, en relación al conjunto de los delegados representantes de los gobiernos municipal, estadual y federal, prestadores de servicios y profesionales de la salud (2).

Profesionales comprometidos, asociados a representantes de la población, trabajaron durante más de dos años en las diversas etapas. Discutieron inicialmente en más del 50% de los casi 4500 municipios en todo el país, en la etapa municipal, sacando conclusiones y haciendo propuestas. En la Etapa Estadual se reunieron en todos los Estados de la Federación. En esta Etapa Nacional de la IX CNS casi 3000 delegados y participantes credenciados, procedentes de todo el país y de todas las capas sociales de la población, distribuidos en 100 grupos de trabajo analizaron y discutieron los temas centrales de la 9ª CNS.

2.3.-TEMARIO Y ORGANIZACIÓN

A través del decreto del Gobierno y deliberación del Consejo Nacional de Salud se estableció el tema central de la IX CNS "**SALUD: MUNICIPALIZACION ES EL CAMINO**" y su temario general en cuatro grandes apartados:

I. Sociedad, Gobierno y Salud.

II. Seguridad Social.

III. Implantación del Sistema Único de Salud: Municipalización, Financiación, Gestión y Política de Recursos Humanos.

IV.- Control Social.

En la Etapa Nacional, cada tema se presenta mediante una exposición a cargo de hasta cinco presentadores seguida de debates en la misma sesión, iniciado en ocasiones por debatidores previamente invitados que exponen su punto de vista en relación a las ponencias expuestas. Posteriormente, se discute en grupos de trabajo de delegados y participantes credenciados compuestos por un máximo de 30 miembros. Los relatores designados en cada grupo por la comisión organizadora, sintetizan las conclusiones de la sesión de trabajo de cada día y participan en la elaboración de los informes y conclusiones de la Comisión Relatora.

Por la tarde y a continuación de los grupos de trabajo, se desarrollan simultáneamente los 33 paneles específicos, en número de 7 a 10 cada día, durante cuatro días. Se pretende con ellos profundizar en aspectos técnicos, científicos o políticos relacionados con el temario indicado por la Comisión Organizadora central y otros propuestos en las etapas municipal y estadual y seleccionados por la Comisión Organizadora.

Para la organización de las discusiones e informes sobre cada uno de los paneles específicos se constituyen también grupos de trabajo cuyas conclusiones se someten a la plenaria final dentro de los temas centrales de la conferencia. Entre los paneles específicos realizados (6) destacamos algunos como: "Desarrollo de medio ambiente y Salud"; "Ciencia Tecnología y Salud"; "Sistema de Atención Médica complementaria (Seguros Privados) en el Brasil"; "Sistemas Comparados de Salud"; "La Salud Infantil, ¿Prioridad Nacional?";

"Financiación del Sistema Único de Salud"; "Reforma Psiquiátrica en el Brasil"; "El Sistema Unico de Salud y los Hospitales contratados y conveniados"; "Recursos Humanos en Salud", etc.

Además de los paneles Generales y Específicos existen los temas libres, comunicaciones y presentación de experiencias relacionadas con el temario central y una conferencia con la que casi por la noche terminaba la jornada para los delegados, pues los relatores y la Comisión Relatora continuaban hasta altas horas de la noche en la elaboración de sus informes.

2.4.- COMPOSICIÓN DEL COMITÉ ORGANIZADOR

La Comisión Organizadora de la IX CNS está compuesta por un Comité Ejecutivo y un Comité Consultivo presidida por el Ministro de la Salud como presidente y como vicepresidentes a cinco altos cargos de Ministerio encabezados por su Secretario Ejecutivo. El coordinador del Comité Ejecutivo es el presidente de la Confederación Nacional de Secretarios de Salud (equivalentes a consejeros de las Comunidades Autónomas). En el Comité Consultivo figuran como miembros representantes del Parlamento, del Gobierno, de la Confederación de Secretarios Municipales y Estadales de Salud, de sindicatos con representación nacional, de entidades de representación de los profesionales de la Salud, de prestadores privados de servicios sanitarios, de colegios profesionales, de instituciones públicas relacionadas con el sector Salud, de entidades representativas de la sociedad civil como confederación de jubilados, de asociaciones de vecinos, Asociación Brasileña de Salud Colectiva -ABRASCO-, Centro Brasileño de Estudios de Salud- CEBES-, etc.

Sin ánimo de ser prolijo en la descripción de la estructura y organización de la IX CNS considero que esa información permite poner de manifiesto la coherencia existente entre la estructura organizativa, la metodología de trabajo, forma de selección y temas seleccionados, etc. durante los tres niveles de su desarrollo y por tanto la representatividad y legitimidad que le confiere a sus conclusiones así como el alcance estratégico de este proceso en la democratización de la sociedad y en la formulación e implementación de las políticas de salud.

2.5.- DESARROLLO DE LOS PANELES GENERALES

Los temas centrales en la Etapa Nacional de la IX CNS se desarrollaron en forma de mesas redondas con ponentes elegidos por el Comité Organizador con criterios de representatividad y competencia. El grupo de Trabajo Técnico de la Comisión Organizadora elaboró dos cuadernos conteniendo textos previamente producidos sobre los temas en discusión en los tres niveles o Etapas de la Conferencia Nacional. Con una tirada de 12.000 ejemplares de distribución gratuita se posibilitó la divulgación del conocimiento que generalmente es privilegio de unos pocos y utilizado como instrumento de poder. Esta propuesta de descentralizar y democratizar el saber como instrumento de poder se desarrolló a partir de la VIII CNS.

2.5.1.- CONFERENCIA DE APERTURA. MINISTRO DE SALUD DR. ADIB JATENE

Entre los aspectos más relevantes de su exposición, me llamó la atención el respeto de los participantes hacia el ministro a pesar de la fuerte contestación expresada al gobierno del Presidente Collor por la corrupción y crisis de legitimidad a que han sometido a las instituciones democráticas.

El ministro apeló a una discusión intelectualmente honesta en un momento que calificó de "crisis ética y política sin precedentes en la historia de Brasil". Con una defensa al principio de que los hospitales no deben de ser ni del gobierno ni privados sino de la comunidad, Jatene apostó por el desarrollo del Sistema Unificado de Salud sin dogmatismos y defendiendo la municipalización de los servicios de salud a través de consorcios en los municipios más pequeños.

2.5.2. MESA DE APERTURA: LA SALUD DEL SISTEMA UNICO DE SALUD Y EL PROCESO DE LAS ETAPAS MUNICIPALES Y ESTADUALES DE LA IX CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD

Participantes:

Coordinador: Presidente del Comité Consultivo de la Comisión

Organizadora.

Ponentes: Representante- de la Comisión Organizadora.

- " - del Ministerio de Salud.
- " - de los prestadores Privados de Asistencia Sanitaria.
- " - de la Confederación Nacional de - Asociaciones de Vecinos.
- " - del Consejo Nacional de Secretarios Estadales de Salud (CONASS).
- " - del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS).
- " - de la Plenaria Nacional de Salud (Entidades de usuarios, Sindicatos, Asociaciones científicas, etc.)

Comentario:

En esta mesa se trataron los avances y vicisitudes de las Conferencias Municipales y Estadales. Entre los aspectos que más me llamaron la atención destacaría el lenguaje utilizado por la representación de los prestadores privados de servicios y su adaptación al momento y a las circunstancias de la IX Conferencia. No habla de lo "público" o lo "privado" sino de lo "ético" o "antiético" refiriéndose a los intereses defendidos por los subsistemas de prestación de servicios de salud. Habla de sector "no gubernamental", sin nombrar el término privado, al referirse a su naturaleza. No defiende la despolitización del discurso sanitario y si a

la desradicalización del mismo. Asimismo ataca la tendencia pro- municipalización de los servicios de salud atribuyéndola a sectores de "ideología conservadora municipalista".

El representante de las Asociaciones de Vecinos integra el análisis político al discurso técnico. Denuncia las graves desigualdades existentes, con más del 40% de miserables, a las que este gobierno ha contribuido a incrementar y reclama una mayor resolutiveidad de los servicios de salud. Cansados ya de debates y análisis propone compromisos de acción.

Los Secretarios de Salud asumen el desafío de la descentralización pero denuncian la crisis ética y falta de credibilidad del actual ejecutivo federal que impide el desarrollo constitucional y legal de la Reforma Sanitaria. La crisis financiera es uno de los problemas más graves de los municipios que a pesar de que los servicios de salud están transferidos al 50% de ellos, la falta de traspasos de los presupuestos establecidos hace que sobre ellos recaigan los déficits y en consecuencia el deterioro del sistema público. Manifiestan la importancia de no confundir la verdadera municipalización con la "prefeiturización" del proceso. Este enfoque clientelista y reduccionista se opone al concepto de descentralización del poder político y económico quedando en una incompleta y mera descentralización administrativa imposibilitando la realización de una gestión equitativa eficiente y efectiva de los recursos y de las políticas.

2.5.3.- CONFERENCIA DEL MINISTRO DE SALUD ADIB JATENE: "LA SALUD EN LOS TIEMPOS DEL COLERA".

Comentario:

La exposición se centró bastante en la defensa de un desarrollo regionalizado del Sistema Unico de Salud (SUDS) y de su opinión sobre la necesidad de los consorcios para aquellos municipios pequeños menores de 10.000 habitantes (el 40%) o de 30.000 (el 80%) de los 4.491 que tiene el Brasil. Se basa en las dificultades para la administración del Sistema Sanitario en poblaciones tan pequeñas con la suficiente autonomía en el manejo de su nivel de complejidad y con criterios de eficiencia y equidad etc. Asimismo señaló el peligro de la "prefeiturización" de la municipalización y terminó con una manifestación inteligente y aplaudida: "*.. no estoy aquí para que se hagan las cosas como digo yo, sino para que ustedes lo consideren en sus discusiones durante la conferencia*".

2.5.4.-PANEL I: SOCIEDAD, GOBIERNO Y SALUD: POLITICAS DE AJUSTE ECONOMICO-ESTRUCTURAL. CONSECUENCIAS EN LAS POLITICAS PUBLICAS. COSTO SOCIAL Y DEMOCRACIA.

Participantes.

Coordinador: Dr. Adib Jatene, Ministro de Salud.

Ponentes:-Ministro de Estado de Economía Hacienda y Planificación.

-Senador por el Partido Social Demócrata

Brasileño (PSDB) Sr. Fernando Henrique Cardoso.
-Presidente del Partido de los Trabajadores(PT),
Luis Ignacio Lula da Silva.
-Representante de las Entidades no Gubernamentales
(sector privado) del sector Salud.
-Presidente de la Conferencia Episcopal de Brasil,
Dom Luciano Méndez de Almeida.

Comentario:

El Ministro de Economía plantea el gran desafío y la gran complejidad de desarrollar una política de ajuste sin perjudicar los proyectos necesarios en el ámbito de las Políticas Sociales y de Salud. Considera que el problema no es solo de control del gasto sino de evasión fiscal, estimado en más del 40% del Presupuesto General del Estado, y en la moralidad del Estado.

El Senador del PSDB propugna no llorar por la miseria sino luchar por devolver la ética al Estado y a la sociedad en su conjunto. "La Salud es un problema y un deber del estado y no se le puede entregar al sector privado". La convergencia y negociación con este subsector considera que debe hacerse pero en condiciones de fuerza.

El Presidente del PT, Lula, denuncia al gobierno por el hecho de que a pesar del mandato legal de descentralización, esta sólo se ha cumplido en 300 de los 4.491 municipios del país. Manifiesta el empobrecimiento de muchos de esos municipios por el incumplimiento en el traspaso de los fondos, necesarios y legalmente establecidos para la financiación de los servicios de salud transferidos, pero resalta el hecho de que en esos municipios, a pesar de todo, los servicios funcionan mejor.

Plantea que hablar de salud es hablar de redistribución de la renta y de moralidad política del Estado pero también de lo que está pasando en la población: La gravedad del desempleo con más de 1.300.000 parados en São Paulo, una tasa de mortalidad infantil superior a 60 por mil nacidos vivos, y el salario mínimo inferior a 50 US \$... "todo esto no se resuelve con colocar un médico en cada calle... Tenemos que evitar que la gente se muera de hambre". Termina su exposición con un llamamiento a los presentes en la IX CNS: "¡por el amor de Dios, descubramos una vacuna contra la corrupción!".

El representante de las Organizaciones no Gubernamentales se declaró un liberal manifestando que el liberalismo "no es una ideología ni hace promesas que no pueda cumplir". Con un lenguaje muy "neutral" y adaptado a las circunstancias de la conferencia, hizo un ataque a los sistemas socializados y países exsocialistas que se encuentran reformando sus sistemas Sanitarios como Suecia, Reino Unido etc. "La cola es el fenómeno de esos sistemas socializados". Considera que no se puede pretender un sistema sanitario en el que todos tengan la misma atención porque es imposible y propugna la garantía, por el Estado, de unos servicios generales para todos y el acceso a determinadas facilidades o prestaciones en función de las aportaciones de cada individuo o colectivo. Fue una exposición

que chocaba en un medio hostil hacia el sector privado pero tan ideologizada como otras desde el lado opuesto.

El presidente de la Conferencia Episcopal hace una apelación a los participantes y al gobierno de recoger las sugerencias de la Conferencia para unir voluntades en el desarrollo del país o de la Salud. Denuncia particularmente la situación de los niños en Brasil, más de 60 millones, enfatizando la idea de que "además de vacunas hacen falta vitaminas" y ello tiene que ver con la redistribución de la riqueza y con la corrupción de un gobierno y el descrédito del Estado que impide un desarrollo justo: "¡la sociedad tiene que organizarse para exigir!".

Es manifiesto el esfuerzo de los coordinadores de las mesas y de los organizadores para mantener en ocasiones el orden y el clima de diálogo en las interrupciones que se producen por manifestaciones y gritos en forma de consignas ("palavras de ordem") de adhesión o rechazo a los conferenciantes. Esas expresiones sin embargo no limitaron en ningún momento la capacidad de expresión de los distintos ponentes o puntos de vistas prevaleciendo en todo momento el clima democrático y de respeto no exento de emoción y pasión en el desarrollo de los paneles.

2.5.5.- PANEL II. SOCIEDAD GOBIERNO Y SALUD: POLITICAS PUBLICAS Y LOS CAMINOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Participantes.

Coordinador: Senador de la República, Almir Gabriel.

Ponentes: -Ministro de Estado de la Seguridad social.

-Presidente de la Comisión de la Seguridad Social y Familia de la Cámara de Diputados.

-Representante de la Confederación Nacional de Industria.

-Representante de la Central Unica de Trabajadores-CUT.

-Representante de la Confederación Nacional del Comercio.

-Representante de la Confederación Brasileña de Jubilados y Pensionistas (COBAP).

Comentario:

El Ministro de la Seguridad Social apenas iniciada su exposición es increpado por un asistente y protagoniza una escena muy chocante, devolviendo insultos y exigiendo respeto a su persona. El alboroto que se organiza en la sala es controlado por los moderadores que apelan al espíritu democrático que debe presidir la Conferencia Nacional de Salud, considerada por todos como una conquista del pueblo brasileño.

Plantea la estrategia de su departamento, básicamente en administrar mejor lo que hay, por medio de medidas como no aumentar las contribuciones pero conseguir que todos paguen lo establecido; especializar los fondos en Seguridad Social, Salud y Asistencia Social y desarrollar una administración especializada, así como mejorar la calidad de los servicios. Añade como problemas estructurales la introducción del concepto de las contribuciones y el desarrollo de la participación y el control de fondos en la Seguridad Social. Con un discurso esencialmente técnico, denuncia la baja efectividad del Sistema Unico de Salud (SUDS) que en la gestión de los accidentes de trabajo triplicó el tiempo de bajas por incapacidad laboral, proponiendo, en consecuencia, la devolución de la competencia de la gestión de los Accidentes de Trabajo a las Compañías Privadas de Seguros.

El diputado por el PMDB y representante de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de los Diputados, denuncia la no puesta en marcha del Consejo Nacional de la Seguridad Social y propugna por una nueva moralidad para el fraude por los trabajadores y mejorar el criterio de jubilaciones. Defiende al Ministerio que en su estrategia de recaudación se enfrenta a la oposición de la tecnoburocracia dentro del propio Estado. También apela a la restauración de la moralidad, la legitimación del Estado y la defensa de la ciudadanía.

Los representantes de la Confederación de Empresarios denuncian la situación de caos en la administración y de falta de equidad en las prestaciones: mientras las pensiones medias son de 100 \$ US hay funcionarios públicos que perciben 3000 \$ US. Las empresas se quejan de las pocas y malas prestaciones de la Seguridad Social, y siendo una de las razones para dejar de contribuir. Indican el problema del trabajo clandestino, cifrado en más del 50% de la población activa y su consiguiente repercusión en la Seguridad Social y en la propia economía del país.

Señalan la falta funcionamiento de órganos de representación y propone que el Estado apoye más la Asistencia Sanitaria pues está siendo financiada casi en su totalidad por los presupuestos de la Seguridad Social, cuando los que se benefician no son trabajadores ni han cotizado. Denuncia asimismo el deterioro de la red sanitaria pública considerando que su "estatización" no ha funcionado.

La Central Unica de Trabajadores manifiesta que el Estado está desviando fondos de la Seguridad social hacia otros sectores o servicios y denuncia la pretensión desde el gobierno de modificar en 1993 normativas legales establecidas en la Constitución de 1988, sin haberlas aún reglamentado o puesto en marcha.

Ponen de manifiesto la situación de desprotección de amplios grupos de trabajadores que carecen de Seguridad Social: El 47% de las mujeres trabajadoras o el 79% de los trabajadores agrícolas carecen de Seguridad Social. Proponen una gestión autónoma, pública y transparente de la Seguridad Social. Rechazan la comercialización de la Salud y manifiestan no estar dispuestos a entregar el patrimonio público y su salud al capital nacional o internacional.

El representante de la Confederación Nacional de Jubilados y Pensionistas (COBAP) dice que se sienten tratados de forma paternalista y despojados de su ciudadanía. Denuncian sus condiciones de vida y la baja calidad de los servicios y prestaciones que reciben. Como colectivo que ha ganado fuerza como actor social en la defensa de sus derechos; manifiestan continuar en su lucha reivindicativa por la subida de las pensiones establecidas por Ley -la subida del 147%-.

2.5.6.-PANEL III. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE SALUD: DESCENTRALIZACION Y MUNICIPALIZACION, GESTION PÚBLICA Y PRIVADA, RECURSOS HUMANOS Y MODELO ASISTENCIAL

Coordinador: -Diputado Federal, Dr Sergio Arouca. Partido Popular Socialista (PPS).

Participantes: -Representante del Ministerio de Salud.

- Representante del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS).
- Representante del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS).
- Representante de los prestadores privados contratados de Asistencia a la Salud.
- Representante de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Comentario

El equipo actual del Ministerio de Salud después de seis meses de actuación, manifiesta su apoyo a las directrices político-institucionales establecidas en la Constitución y en las leyes que desarrollan el Sistema Unico de Salud (SUDS) que descentralizan el Instituto Nacional de Previsión Social (INAMPS) y las competencias y servicios de Salud Pública a los estados y Municipios. Sin embargo, las dificultades para las funciones del comando único del Ministerio en ese proceso y en las propias de normatización, evaluación de resultados, inducción de políticas de Salud, etc. las atribuye a la complejidad en la financiación del SUDS que es tripartita -Municipio, Estado y Unión- y se producen incumplimientos en la parte correspondiente de los Municipios y Estados obligados a destinar una parte de su presupuesto a los gastos de Salud. Por otro lado, el procedimiento de transferencia de fondos es complejo y poco eficaz y se abusa de la "tabla" o procedimiento de asignación de costes por unidad de servicios producidos.

Otro de los problemas importantes es el del control dado que la dependencia del SUDS del subsistema concertado privado es muy grande; en este sentido, propugna un mayor control social en la gestión de los SUDS.

En cuanto a la municipalización de servicios de Salud, cuestiona la operatividad de la descentralización en municipios menores de 10.000 habitantes. Proponen la creación de

consorcios entre varios municipios pequeños para concentrar recursos y su administración con mayor eficiencia y eficacia.

El representante de la Confederación Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), Sr. José F. Saraiva del Estado de Goiana plantea en la financiación uno de los problemas más importantes del funcionamiento de los SUDS. No se ha conseguido la descentralización real del presupuesto de la Seguridad social y la falta de recaudación por la recesión en el empleo es determinante. Con 90 \$ US de gasto sanitario total (público y privado) por habitante uno de los problemas mayores de la no descentralización efectiva es que la mayoría de los recursos son destinados a la Asistencia Sanitaria. Cuando además el 90% de los medios asistenciales pertenecen al sector privado.

Denuncia el poco impulso que se le está dando a la descentralización cuando sólo se han puesto en marcha los Consejos Estaduales de Salud apenas en el 25% de los Estados y en el 14% de los 720 Municipios del Estado de Minas Gerais, por poner un ejemplo.

Propugna por el traspaso automático de fondos a los Estados sin los complicados procedimientos existentes; la puesta en marcha de los Consejos de Salud; la desaparición de dobles o triples comandos en la dirección de la política y de las Instituciones; garantizar un adecuado coste y control de medicamentos e invita a presionar para conseguir los recursos necesarios y a no resignarse a hacer cosas "sólo si hay recursos". Es una cuestión de poder y de voluntad política. Termina apelando a la recuperación de la Etica en la conducción de la cosa pública.

El representante de los Secretarios Municipales de Salud, (CONASEMS), Dr. José Eri Osorio de Medeiros y a su vez Coordinador de la Comisión Organizadora de la IX CNS condena la forma clientelista en que se desenvuelven las políticas sociales, propugnando una política de redistribución de la renta. Defiende la municipalización porque es desburocratizadora del Estado y democratizadora de su estructura de poder. Es en los municipios donde se sufren más los conflictos y se perciben las necesidades al ser las estructuras más próximas al ciudadano. Están en contra de un planteamiento "legalista" de la municipalización porque son una forma de pararla. Por el contrario, afirma que no es posible sin la participación y el desarrollo de un verdadero control social.

Afirma que el mecanismo de traspaso de fondos por producción de servicios es incoherente en una política de salud pues conduce a "administrar la muerte y no la vida"; expresando así el antagonismo entre una estrategia de promoción de la salud o, por el contrario, centrada en la asistencia que es, a su vez, determinada por el actual método de financiación de los SUDS.

En lo que se refiere a la creación de consorcios está de acuerdo pero no pueden hacerse de "arriba abajo" sino de mutuo acuerdo entre los municipios. Por último critica el proyecto de reforma fiscal, el centralismo, la privatización y la corrupción en el gobierno apelando a la ética en la política y a luchar por la defensa de la democracia.

El representante de los prestadores privados contratados de Asistencia Sanitaria hace un discurso que resulta provocador al darse en un ambiente de participantes contrarios a sus

planteamientos. Establece en la caída del muro de Berlín el fin del estado totalizante y de las ideologías que le sustentaban. El nuevo actor es el consumidor como expresión de los nuevos valores universales que son la democracia y la economía de mercado, según su punto de vista. Condena los SUDS y el "susismo" por su carácter totalizante, imposible de operacionalizar e impregnado de "fantasía mística."

Entiende asimismo que los dispositivos institucionales orientan a la descentralización pero no a la municipalización que aparece como si fuera la única verdad. Defiende un sistema de salud resolutivo y eficaz, justo y sin manipulaciones partidarias o corporativistas. Considera que existe un falso antagonismo, lleno de prejuicios entre lo público y lo privado, y aunque exista una real falta de transparencia.

Afirma que la elevación del gasto público en salud no ha sido eficaz; el problema no es sólo de recursos financieros sino del esquema en el que funcionan los servicios y de la necesidad de su reorientación. Pone en duda que el modelo descentralizado dirigido por *"fuerzas societarias" tenga éxito en un sistema de mercado. Termina defendiendo el pluralismo institucional brasileño de coexistencia de subsistemas de salud diferentes, la descentralización de los existentes y manifestando su oposición a la radicalización del "municipalismo"*.

El representante de los usuarios del Consejo Nacional del Sistema Unico de Salud, Gastão Wagner de Sousa Campos, hace un discurso muy político y de gran fuerza que durante su exposición provoca reacciones en los asistentes de respaldo y emoción. La categoría Poder recorre todo su discurso, relacionando de forma precisa el plano técnico con el administrativo y con el análisis de la situación política, social y de salud del Brasil.

Afirma el carácter de sujetos sociales, el de los usuarios-ciudadanos, considerando que tienen que aumentar su fuerza y su capacidad de articulación con los trabajadores de la salud construyendo así, también, la esperanza en la idea de que es posible cambiar y conseguir que la vida pueda ser diferente sin tanta violencia, sufrimiento, etc.. Además de luchar por viviendas, salarios, por el hambre que se pasa, propone que se continúe luchando por ser sujetos sociales y considera como un resultado fundamental de la Conferencia que cuando salgan van a ser más "gente", más Persona y con más capacidad de ser gobierno. "Queremos ser artistas, profesionales, "gente", etc .. y queremos mandar" .."tenemos que mudar las correlaciones de fuerza, .. y para mudar, tenemos que ser más democráticos y no sólo aquí, en donde hablamos con el gobierno, empresarios y sindicatos, sino en la fábrica discutiendo los accidentes y la producción, etc."

Manifiesta que la Conferencia está politizada y considera que es bueno que sea así. Los paneles son una mezcla de todo eso, donde de colocan las cuestiones tratadas desde un punto de vista técnico pero también político: "No podemos dejar de tratar el problema de Salud sin pasión, sin emoción e indignación". Considera que no se puede caer en la trampa a la que la corriente neoliberal les lleva de aceptar esa especie de "naturalismo" en el origen y desarrollo de los acontecimientos que determinan los sucesos de la vida cotidiana de la salud, de la enfermedad y de la muerte.

Refiriéndose al SUS indica que tiene que ver con este discurso suyo en que la gente no quiere el sistema público como está, sino reorganizarlo .. "porque es nuestro....ino a la privatización!". Como problemas del sistema público indica la mala relación con el médico o sanitarios y el mejor trato en el privado. "Las ideas del sector privado no hay que desecharlas; hay muchas que incorporar, y no sólo son de ellos".

Se refiere al importante conflicto existente entre usuarios y médicos por el trato considerando que éste no es un conflicto de la Administración como a veces aparece. Propone abrir el diálogo pero no plantear la reivindicación del castigo pues lo considera una derrota. "La agresividad contra los trabajadores de Salud sin el establecimiento de alianzas con ellos no nos lleva a ninguna parte".

2.5.7. PANEL IV. CONTROL SOCIAL: EN LA SEGURIDAD SOCIAL Y EN EL SISTEMA UNICO DE SALUD

Coordinador: - Representante de los usuarios del Sistema Único Salud, Herbert de Souza.

**Participantes: -Representante de la Confederación Nacional de Obispos de Brasil.
-Representante de la Confederación Nacional de Trabajadores (CNT).
-Representante de la Confederación Nacional de los Trabajadores de la Agricultura.
-Representante de la Unión de Concejales Municipales del Brasil.
-Representante del Ministerio Público.
-Representante de las Entidades de Asociaciones de Portadores de Patologías.**

Comentario:

El representante de la Conferencia Episcopal hace un discurso muy efusivo y comprometido en contra de la corrupción y de apoyo claro a la democracia, lamentándose de que la democracia representativa no representa a nadie y de ahí la importancia y necesidad del control social. Propugna por la capacidad de la Sociedad Civil organizada a través de los Consejos de Salud como instrumento de participación en las políticas públicas. La necesidad de ganar fuerza y poder es necesario para desarrollar y participar en la definición y en los proyectos prioritarios que atiendan verdaderamente a los intereses y necesidades de la población. Señala el peligro de que los Consejos de Salud funcionen "prefeiturizados" es decir como departamentos del Alcalde o del Municipio y no como parte de la Sociedad Civil organizada.

Manifiesta el apoyo de la Iglesia al ejercicio del control social verdadero –"que es un coste de la verdadera democracia"- tanto en la animación como en la organización de los

Consejos. Entiende que el control municipal es efectivo cuando funciona con gran apertura y transparencia llegando a detallar procedimientos tales como exigir pequeñas actas de la reunión, distribuirlos a los barrios, organizaciones y vecinos para que sepan lo que se está haciendo o lo que se va a hacer y puedan denunciar o exigir, en su caso, para que los medios de comunicación y el pueblo se preocupen de lo que pasa y se tome conciencia de ello. Para el representante de la Conferencia Episcopal, el procedimiento o el "cómo hacer" en los Consejos sería una condición de eficacia en el ejercicio del control social.

El representante de la Central General de Trabajadores mostró su preocupación por la grave crisis de legitimidad de las Instituciones y de ética en la política. Asimismo expresó su temor por los efectos de la política de ajuste y la incapacidad de la democracia brasileña para resistirla.

Refiere que la desaparición de unos 44 billones de \$US en los últimos cuatro años de la Seguridad Social debido a la corrupción y al fraude, la existencia de unos diez millones de desempleados, la llegada de 28 millones de trabajadores rurales a la periferia de las grandes ciudades en los últimos 20 años exponiendo a sus hijos a la marginalidad así como al riesgo de morir con menos de 18 años cada dos minutos, son expresiones de la grave situación que atraviesa el país.

Reclama la participación de los trabajadores en el debate sobre la integración latinoamericana y el rechazo al pago de la deuda externa. La necesidad del Control Social es fundamental para que, entre otras cosas, la sanidad privada no sea un instrumento del capital:..."*hace 10 años el 70% de los servicios eran de la Seguridad Social y el 30% privados y actualmente es al revés*".

Para el representante de la Unión de Concejales del Brasil la sociedad corre un grave riesgo. La actual crisis ética en la política hace con que en vísperas de las próximas elecciones, la mayoría de la población quiera dejar de votar, cuando es más necesario que nunca elegir gobernantes honrados.

Condenó a la industria farmacéutica que "*...no está comprometida con el pueblo brasileño y lo peor es que nuestros gobernantes se venden demasiado fácilmente y barato... Si hubiese Control Social cosas como la libre competencia funcionarían a favor del consumidor y no para explotarlos*", decía.

El representante del Ministerio Público se manifestó defendiendo la creación y potenciación de los Consejos de Salud.

2.6.-FUNCIONAMIENTO DE UN GRUPO DE TRABAJO

Como observador, tuve la oportunidad de participar en un Grupo de Trabajo (G.T.), el número 67, el día en que se debatía el tema del Control Social en la Seguridad Social y en el Sistema Único de Salud. El grupo, en el que estaban presentes unas 15 personas, contaba con un relator y un subrelator designados previamente por la Comisión Organizadora con voz y sin voto y un moderador elegido por el propio grupo.

La propuesta de guion que recibieron ese día los Grupos de Trabajo para orientar la discusión fue elaborada por la Comisión Organizadora, y fue el siguiente:

- 1.-Control Social y ciudadanía.
- 2.-Acceso a la información.
- 3.-Importancia del Control Social sobre la acción estatal.
- 4.-Mecanismos de Control: Consejos, Conferencias, Ministerio Público, otros mecanismos.
- 5.-Papel de las entidades de representación de intereses:
Sindicatos y organizaciones populares.
- 6.-Papel de los medios de comunicación de masas.

El moderador hizo una presentación del tema durante unos quince minutos destacando algunos de los aspectos más relevantes del tema y de las exposiciones del Panel General que se desarrolló por la mañana. Destacó el comentario que el Ministro de Salud, Adib Jatene, sobre el hecho de que la participación de los movimientos sociales en el sector salud es el que más fuerza tiene en la sociedad brasileña. Asimismo resaltó el gesto del Ministro de sentarse de igual a igual junto a los delegados de la IX Conferencia participando en sus debates. Considera el moderador que eso es una conquista de las conferencias de Salud. Esta reflexión yo diría que es generalizada entre los participantes en la IX CNS.

La discusión del grupo fue dinamizada principalmente por aquellos miembros que habían discutido previamente los temas en las Etapas Municipal y Estadual, así como en sus propias organizaciones: Secretarios de Salud, representantes de la Confederación Única de Trabajadores, etc. Los asuntos que centraron el debate fueron el de la composición del Consejo de Salud, el procedimiento sobre la elección o designación de su presidente y la propuesta de creación de los foros populares de salud como espacios de apoyo a los Consejos de Salud a nivel Municipal y Estadual.

No hubo duda sobre la importancia de la paridad en la representación de usuarios dentro de los Consejos de Salud, pero hubo necesidad de llegar a la votación sobre la presidencia de los mismos. Un sector de los miembros del grupo (40%) defendió la importancia de que fuera el propio secretario municipal de salud (equivalente a los concejales de salud pública), designado presidente del Consejo, por su mayor capacidad de viabilizar los acuerdos y su contribución al fortalecimiento de las instituciones democráticas. Sin embargo, la mayoría optó por que fueran los miembros del Consejo quienes eligieran al presidente, pues si bien puede ser como se dice, en muchos casos son los mismos Secretarios de Salud los que paralizan y reducen el papel de los Consejos a órganos vacíos de poder y de contenido.

La propuesta de creación de los Foros Municipales o Estaduales de Salud es defendida por la delegada de Santa Catarina en donde han acumulado una experiencia muy interesante al respecto. Son espacios donde concurren ciudadanos y técnicos para el análisis de los problemas planteados y el asesoramiento a los Consejos de Salud. Ello permite dar continuidad y competencia a los consejeros en el desarrollo de sus atribuciones y a democratizar el conocimiento y la toma de decisiones del Consejo.

Posteriormente, se pasó a la lectura de un texto elaborado con las deliberaciones y acuerdos recogidos en las Etapas Municipal y Estadual, como anteproyecto de informe final, para su discusión y aprobación en donde se añadirían los acuerdos adoptados durante la sesión del GT.

Finalmente, se reunirían los relatores de todos los Grupos de Trabajo con la Comisión Relatora para redactar la parte del texto que, como proyecto del informe final, sería presentado para su debate y aprobación a la Plenaria Final.

3.-CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA IX CONFERENCIA NACIONAL DE BRASIL

El escenario actual es según algunos analistas (10) la consecuencia de errores acumulados en Brasil de 20 a 30 años atrás que han conducido al país a una de las peores situaciones de su historia. Consecuencias de un desarrollo no planeado, ni discutido, ni escogido como un derecho de la ciudadanía que no priorizó en el desarrollo industrial ni en la política agraria lo esencial para la población. La urbanización y miseria de la periferia de los grandes núcleos urbanos consecuentes al abandono del campo, aumento del hambre, del desempleo y subempleo con el salario mínimo más bajo de los últimos 40 años.

Las necesidades de salud han aumentado debido básicamente al crecimiento de la población y al aumento de sus necesidades básicas. Necesidades estas que generan la búsqueda de la salud en los servicios como si fuera el remedio a un problema mucho mayor.

El cuadro sanitario se caracteriza por la sobreposición de las condiciones epidemiológicas propias de los países subdesarrollados con problemas de desnutrición, mortalidad por enfermedades infecciosas (6.33%), etc. con problemas derivados de la mal llamada "civilización": Enfermedades cardiovasculares (27%), Muertes por Accidentes, Envenenamientos y Violencias (10,89%), cáncer de pulmón, etc. (12).

Este cuadro se distribuye de forma muy desigual en la población brasileña; mientras el coeficiente de Mortalidad Infantil es de 46.4 por mil nacidos vivos en el Sur (Porto Alegre), en el Nordeste es de 138.1 por mil nacidos vivos (Fortaleza) y en Río de Janeiro de 63.7.

El sentimiento de indignación (7) es el resultado que más identifica a los profesionales sanitarios^{XLIX} y a los usuarios de los servicios de salud. Indignación con el aumento de la miseria; de las desigualdades en la vida en la enfermedad y en la muerte; indignación con las llamadas políticas de ajuste económico impuestas en América Latina; con la privatización y desmantelamiento de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social; por la crisis profunda por la que atraviesa el país económica, de legitimidad del gobierno y de confianza de la sociedad en cuanto a su futuro. Las denuncias de corrupción y las irregularidades administrativas,

^{XLIX} Tal y como se afirma en la Carta de Porto Alegre "*Saúde como direito a vida*" el III Congreso Brasileiro de Salud Colectiva y I Encuentro de Salud Colectiva realizado en esa ciudad en mayo de ese año.

jurídicas y constitucionales han presidido los últimos meses de desarrollo de la IX Conferencia Nacional de Salud.

Se denuncia la grave afectación de la capacidad reguladora del Estado que posibilita que las políticas públicas sean implementadas sin transparencia (8) atendiendo más a intereses inmediatos que a programas consistentes que impliquen los niveles Federales, Estaduales y Municipales. El desánimo y desaliento de mucha gente parece que se tomara como fuente de inspiración y rebeldía. Como un desafío y defensa de la democracia y de los logros alcanzados por la sociedad brasileña en su Constitución y en su etapa democrática. Así, la IX CNS, con un marcado acento reivindicativo, denuncia pero a la vez propone y abre caminos, en lo político y en lo técnico, a la orientación del movimiento sanitario brasileño por la consolidación de las estructuras y espacios democráticos conquistados.

3.1. SOBRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO EN EL SECTOR SALUD

Varias veces a lo largo de la Conferencia y cuando se habla de lo **público** y lo **privado** se establece un paralelismo que otorga el atributo de transparente a la cosa **pública** y de **oscuro** u opaco a la cosa privada. Así, se plantea que el sector público no es transparente, muchas veces, y se manifiesta el rechazo enérgico a un sector público que no es claro y transparente como debe de ser; y por el mismo motivo se propugna un control social de lo privado cuando es concertado y tiene que ver con el interés público. De este modo, se apunta por un replanteo en la forma convencional de entender el Subsistema de Servicios Sanitarios Públicos que en Brasil no es, como en España, el más fuerte.

El Subsistema de Atención Médica Supletiva -SAMS- (seguros privados) cubre el 22% de la población (9) y dentro de la cobertura del subsistema público, que es el 77% - de los que el 22% no tiene derecho a la Seguridad Social(10)- sólo el 49% de los gastos de Asistencia Médica son realizados por los servicios propios de la Seguridad Social o de los gobiernos Municipal o Estadual, mientras que el 51% restante corresponde al sector privado concertado que es el que concentra el nivel tecnológico de mayor desarrollo a diferencia de España en donde, al menos hasta ahora, es el sector público el más avanzado.

Las tendencias observadas por algunos autores indican que en los años 80 se desarrollaron experiencias innovadoras municipales en la construcción de alternativas técnicas y políticas basadas en la descentralización de servicios: Acciones Integradas de Salud- (AIS), Sistemas Unificados de Salud (SUS) en el ámbito del subsector estatal. Esta reforma pretende reorganizar los servicios según un paradigma descentralizado, de base territorial y epidemiológica con énfasis en la innovación de la gestión a través de la planificación participativa y también de acentuar el control sobre el subsector privado concertado.

Mientras esto sucede, el sector privado se reorganiza internamente en lo que se denomina Subsistema de Atención Médica Supletiva o Suplementaria (SAMS). Esto es un subsistema privado que agrupa a los seguros privados, hegemónico actualmente en la orientación del funcionamiento de todo el sistema sanitario, articulándose por un lado con el Subsistema Público y por otro con el Subsistema Privado de Alta Tecnología (SAT) que acoge al 2-3 % de la población. Esta lógica asistencial privatista se ha ido incorporando en las concepciones de la tecnoburocracia gubernamental y tiende a reproducirse incluso dentro

del subsector público con el argumento del aumento de la eficacia y la eficiencia de los servicios públicos (9).

Este escenario, así bosquejado a grandes rasgos, nos resulta muy cercano al situarnos en el Estado Español en cuanto a las tendencias en la evolución de lo público-privado, aunque actualmente la correlación entre ambos subsectores es muy diferente en España. En Brasil se podría hablar de una segmentación de las políticas sociales y de salud, con un subsector público atendiendo a los grupos más deprimidos mientras que los de nivel de renta superiores tienden cada vez más al consumo privado de servicios vía compañías de seguros nacionales o internacionales.

1 ¿Por qué planificar?



¡ CAMBIO de modelo de _____ planificación !

- Mayor eficacia/efectividad con menos recursos
- Incorporación de profesionales y _____ población
- Modelo flexible _____, participativo y estratégico
- Estructura más funcional _____ o matricial

Reordenación

Cogestión

2 La reforma sanitaria

Reforma Sanitaria como espacio de consenso político que implica un cambio en la estructura de poder _____ del sector.



“Proceso de transformación de la norma legal y del aparato institucional que regula y se responsabiliza de la atención de la Salud de los ciudadanos, que corresponde a un efectivo desplazamiento del poder político a los sectores ciudadanos, cuya expresión material se concreta en la demanda del derecho universal a la Salud y en la creación de un sistema único de Salud bajo la defensa del Estado”

Sonia Fleury

CONTRARREFORMA

Ajuste que está produciendo cambios estructurantes en los sistemas de prestación de servicios de protección social.



Gestión de la tensión político-institucional de la reforma versus contrarreforma

3 ¿Qué es un Plan de Salud?

Instrumento normativo que sirve para: *planificar* *coordinar* *realizar* actividades de salud.



- Promocionar y proteger la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Mejorar la asistencia sanitaria.

Garantizar el desarrollo de las funciones del Sistema Sanitario y permitir gestionar un proceso complejo de cambio progresivo.

Necesidades:

- Contar con el entorno y con la complejidad de los problemas de salud.
- Evaluar para garantizar y para reorientar _____.

Principios:

- La ciudadanía como centro de la organización del Sistema de Salud.
- Asegurar un sistema eficiente y sostenible.
- Identificar la evidencia científica respecto a las mejoras propuestas.
- Conectar la visión de salud pública y la visión de cuidados médicos.



- RESULTADO:**
- ✓ Informe que recoge las actuaciones para la mejora de la salud de la población y del sistema sanitario.
 - ✓ Proceso "vivo" de interacción, de investigación-acción permanente y de poder de decisión.

ANEXO 4. GUÍAS DE LOS TALLERES DE LA CONFERENCIA DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS

TALLERES “Innovando en la Gestión de la Salud” III Plan de Salud de Canarias 2014-2017.

PORTADA INTRODUCTORIA PARA CADA UNA DE LA SESIONES

Datos del grupo:

Grupo: _____				
Zona Básica: _____				
A rellenar por la Dirección del Plan:	Características			
Localidad: _____				
Municipio: _____				
A rellenar por la Dirección del Plan:	Características			
Isla: _____				
Monitor/a - mediador/ a: _____				
Relación de alumnos/as del grupo:				
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			
Nombre: _____	DNI: _____			

SESIÓN 1. CUESTIONARIO ESPECÍFICO

ZBS de ejemplo

Encuesta para el Plan de Salud 2014, en relación a los datos obtenidos en el cuestionario de 2008 en su municipio:

Señale la casilla correspondiente a la situación de cada problema de salud encontrado. Podrá realizar cualquier comentario en la celda comentario (sea breve).

1. Problemas de Salud-Enfermedad (En niños pequeños).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de guarderías públicas • Falta de asesoramiento y seguimiento técnico a los profesionales de guarderías (alimentación, primeros, auxilios...). • Accidentes escolares 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	•			
2. Problemas de Salud-Enfermedad (En escolares).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física insuficiente • Obesidad • Alimentación inadecuada • Accidentes escolares • Baja autoestima • Comportamiento agresivo 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	•			
3. Problemas de Salud-Enfermedad (En jóvenes).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Comportamiento agresivo • Toxicomanías • Embarazos precoces • Trastorno alimentario • Accidentes de tráfico • Enfermedades de transmisión sexual 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	•
4. Problemas de Salud-Enfermedad (En mujeres de 25 – 50 años, aproximadamente).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la alimentación • Violencia de género • Problemas osteomusculares derivados del trabajo • Trastornos psicosomáticos • Alto consumo de psicofármacos • Falta de atención ginecológica • Aumento del tabaquismo • Enfermedades de transmisión sexual 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	•
5. Problemas de Salud-Enfermedad (En hombres de 25 – 50 años, aproximadamente).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Toxicomanías • Falta de ejercicio físico • Trastorno de alimentación 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	•			
6. Problemas de Salud-Enfermedad (En mujeres mayores).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de atención del programa de la mujer • Problemas cardiovasculares • Aumento del consumo de psicofármacos por trastornos psicosociales • Falta de promoción de actividades saludables • Déficit de productos de alimentos de calidad • Incontinencia 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	•			

7. Problemas de Salud-Enfermedad (En hombres mayores.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas osteoarticulares • Toxicomanías • Problemas cardiovasculares 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
8. El abastecimiento de agua potable.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en el almacenaje (depósitos) y distribución (problemas de infraestructura y calidad del agua) • Gestores no autorizados y no controlados sanitariamente. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
9. Recolección, tratamiento y destino de aguas residuales.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de saneamiento • Sistemas de recolección y tratamiento en todo el municipio • Déficit de EDAR en el municipio. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
10. La deposición, recogida y tratamiento de basuras.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de depósitos de recogida • Mejorar la recogida con mayor frecuencia • Horario depósito de los residuos. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
11. La existencia de ratas e insectos perjudiciales para la salud humana.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Insectos en determinadas épocas. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
12. La existencia de contaminación ambiental (humos, ruidos, olores, etc.).					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Contaminación acústica y deterioro del ecosistema. • Emisión de humo industrial. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
13. La existencia de situaciones de peligro (accidentes).					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Número importante de accidentes de tráfico 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
14. La falta de espacios verdes, culturales o deportivos para el ocio.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de zonas verdes. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
15. Con la escolarización y oportunidades de instrucción para la gente de la localidad.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidades en ciclos formativos • Déficit de escolarización en niños de 1 a 3 años. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
16. Condiciones de la vivienda y de salubridad en el barrio.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de viviendas de promoción pública • Buen estado general de las condiciones de habitabilidad con excepciones en mayores y personas de bajo nivel económico. • Viviendas con diferentes barreras arquitectónicas. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
17. La cadena alimentaria: disponibilidad, precios, calidad, variedad, etc., para satisfacer una dieta equilibrada, saludable y económica.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Poca disponibilidad y variedad de la alimentación • Relación calidad - precio alto • Dietas desequilibradas poco saludables y muy caras. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
18. Otros problemas relacionados con los servicios de salud pública municipales o del Servicio Canario de Salud y/o prestadas en el barrio o Zona Básica de Salud.					
Questionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario

<ul style="list-style-type: none"> Deficiencia de infraestructuras y equipamiento de cocina de centros escolares Déficit de mantenimiento de la infraestructura de los colegios. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
19. Relacionados con la existencia de centros o servicios necesarios, escuelas infantiles, hogar de pensionistas, consultorios de salud, etc.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Faltan escuelas infantiles Falta hogares de pensionistas Falta consultorios locales. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
20. Relacionados con la situación de empleo (desempleo, contratos eventuales e inestabilidad, sobreexplotación, subempleo, etc.).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Inestabilidad laboral. Contratos eventuales Jornadas intensivas y excesivas Poco personal Escaso reconocimiento de la patología derivada del trabajo realizado 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
21. Relacionados con las condiciones de trabajo de grupos significativos de trabajadores o inmigrantes de la localidad o el grupo (especificar).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Camareras de pisos: patologías osteoarticulares derivadas del trabajo Hostelería sector servicios: trabajadores inmigrantes en subempleo 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
22. Relacionados con la seguridad social, la situación de los pensionistas y otras prestaciones no sanitarias de la seguridad social como subsidio de desempleo, bajas laborales, jubilación, subsidios o pensiones de enfermedad o accidentes laborales.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Falta de aplicación de la ley de dependencia Escaso reconocimiento de la siniestralidad laboral por la parte contratante 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
23. Relacionados con el grado de satisfacción/insatisfacción en el trabajo de la gente, del grupo o localidad.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Insatisfacción por el déficit de recursos humanos 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
24. Relacionados con la existencia de solidaridad/insolidaridad o violencia, en la zona.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> No existen verdaderos problemas, si casos puntuales 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
25. Relacionados con los medios existentes en el barrio para el alcance de ideales de vida de la gente.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
26. Otros.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
27. Relacionados con la asistencia sanitaria que se presta en el centro de salud o consultorio de su Zona Básica.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos humanos Disposición de los recursos Distancia entre población Aumento de la población No puesta en marcha del centro comarcal de urgencias. Necesidad de transporte sanitario no urgente y medicalizada. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
28. Relacionados con la asistencia sanitaria especializada hospitalaria o extra-hospitalaria (Ambulatorios o Centros de Atención Especializada –CAEs) que se presta en los centros de referencia de la Zona Básica.					

Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Falta e inexistencia de CAEs a pesar de la gran necesidad 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
29. Relacionados con la asistencia sanitaria de urgencias en los Centros de Salud, en el Hospital de referencia y, por el Servicio de Urgencias Canario (SUC).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> No puesta en marcha del centro comarcal de urgencias. Necesidad de transporte sanitario no urgente y medicalizada. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
30. Relacionados con la asistencia sanitaria de la red de salud mental: Unidades de Salud Mental Comunitaria o centros de Salud Mental; en el servicio del Hospital correspondiente (Unidades de Internamiento Breve); en los dispositivos de rehabilitación previstos en colaboración con los ayuntamientos, cabildos y servicios sociales en los PIR y gestionados en los CIRPAC					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Déficit de recursos humanos, e inestabilidad en las plantillas 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
31. Relacionados con el transporte y las comunicaciones (si tienen que ver con la salud o la asistencia a la enfermedad).					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Déficit de transporte sanitario 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
32. Otros problemas relacionados con la asistencia y los servicios sanitarios públicos o privados prestados en el barrio y/o Zona Básica de Salud.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Prestación de servicio sanitario a población de otra zona de salud aumentando la demanda. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
33. Relacionados con la asistencia sociosanitaria y domiciliaria a las personas mayores de la Zona Básica de Salud.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Déficit de recursos humanos Déficit de coordinación entre servicios Déficit de recursos materiales para el desarrollo del trabajo 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
34. Relacionados con la asistencia prestada por los servicios sociales municipales o en la Zona Básica.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos humanos y materiales. Falta de implicación política. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
35. Relacionados con la prevención y la atención a las personas drogodependientes.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Existencia del SPIT pero tiempo insuficiente de atención (Sólo 2 veces/ semana) Médico una vez a la semana. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
36. Otros problemas relacionados con los servicios sociales de las Administraciones Públicas o Privadas y/o no gubernamentales prestadas en el barrio o Zona Básica de Salud.					
Cuestionario 2008	Empeorado	Mejorado	Resuelto	NS/NC	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Déficit de residencias para mayores y guarderías para menores. Centralización de servicios y recursos sociales Respiro familiar. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•

SESIÓN 2. CUESTIONARIO GENÉRICO

A. PROBLEMAS DE SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADOS MÁS IMPORTANTES EN SU LOCALIDAD

En este apartado sobre salud-enfermedad-cuidados, se solicita la opinión sobre los factores determinantes individuales o de estilos de vida que están considerados hoy como problemas de salud pública en la población canaria: la obesidad, la actividad física insuficiente, la alimentación inadecuada y otros hábitos no saludables como el abuso en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas no legales.

PROBLEMAS DE SALUD – ENFERMEDAD

1. En niños pequeños.			
	Individual		Grupal
1.- Alergias	0		0
2.- Problemas Respiratorios	0		0
3.- Alimentación Inadecuada	0		0
4.- Enfermedades Víricas	0		0
5.- Obesidad	0		0
6.- No se han identificado problemas	0		0
7.- Otras (.....)	0		0

2. En escolares.			
	Individual		Grupal
1.- Obesidad	0		0
2.- Higiene Bucodental	0		0
3.- Alimentación Inadecuada	0		0
4.- Alergias	0		0
5.- Pediculosis	0		0
6.- Accidentes	0		0
7.- Sedentarismo	0		0
8.- Asma	0		0
9.- Infecciones Víricas	0		0
10.- No se han identificado problemas	0		0
11.- Otras (.....)	0		0

3. En jóvenes			
	Individual		Grupal
1.- Drogas	0		0
2.- Embarazos	0		0
3.- Obesidad	0		0

4.- Alimentación Inadecuada	0	0
5.- ETS	0	0
6.- Alcoholismo	0	0
7.- Anorexia-Bulimia-Vigorexia	0	0
8.- Tabaquismo	0	0
9.- Accidentes de Tráfico	0	0
10.- Violencia en General	0	0
11.- Sedentarismo	0	0
12.- No se han identificado problemas	0	0
13.- Otras (.....)	0	0

4. En mujeres de 25 - 50 años, aproximadamente.		
	Individual	Grupal
1.- Ansiedad-Estrés-Depresión	0	0
2.- Obesidad	0	0
3.- Violencia de Género	0	0
4.- Diabetes	0	0
5.- Ejercicio Físico Insuficiente	0	0
6.- Problemas Osteoarticulares	0	0
7.- Hipertensión	0	0
8.- Alimentación Inadecuada	0	0
9.- Cáncer de Mama	0	0
10.- Drogas	0	0
11.- Enfermedades Psicológicas	0	0
12.- Alcoholismo	0	0
13.- Cáncer	0	0
14.- Enfermedades Cardiovasculares	0	0
15.- Menopausia	0	0
16.- No se han identificado problemas	0	0
17.- Otras (.....)	0	0

5. En hombres 25- 50 años, aproximadamente.		
	Individual	Grupal
1.- Drogas	0	0
2.- Alcoholismo	0	0
3.- Obesidad	0	0
4.- Enfermedades Cardiovasculares	0	0
5.- Tabaquismo	0	0
6.- Hipertensión	0	0
7.- Diabetes	0	0
8.- Sedentarismo	0	0

9.- Alimentación Inadecuada	0	0
10.- Enfermedades Mentales	0	0
11.- Accidentes Laborales	0	0
12.- Accidentes de Tráfico	0	0
13.- Depresión	0	0
14.- Problemas Osteoarticulares	0	0
15.- Problemas Urológicos	0	0
16.- No se han identificado problemas	0	0
17.- Otras (.....)	0	0

6. En mujeres mayores		
	Individual	Grupal
1.- Diabetes	0	0
2.- Problemas Cardiovasculares	0	0
3.- Obesidad	0	0
4.- Hipertensión	0	0
5.- Depresión	0	0
6.- Demencia	0	0
7.- Osteoporosis	0	0
8.- Soledad	0	0
9.- Aparato Locomotor	0	0
10.- Enfermedades Mentales	0	0
11.- Aislamiento	0	0
12.- Enfermedades Osteoarticulares	0	0
13.- Incontinencia Urinaria	0	0
14.- Alimentación Inadecuada	0	0
15.- Dislipemia	0	0
16.- No se han identificado problemas	0	0
17.- Otras (.....)	0	0

7. En hombres mayores.		
	Individual	Grupal
1.- Problemas Cardiovasculares	0	0
2.- Diabetes	0	0
3.- Alcoholismo	0	0
4.- Enfermedades Respiratorias	0	0
5.- Enfermedades Osteoarticulares	0	0
6.- Enfermedades de Próstata	0	0
7.- Demencia	0	0
8.- Obesidad	0	0
9.- Hipertensión	0	0

10.- Tabaquismo	0	0
11.- Dislipemia	0	0
12.- Disfunción Sexual	0	0
13.- Soledad	0	0
14.- Cáncer	0	0
15.- Enfermedades Mentales	0	0
16.- No se han identificado problemas	0	0
17.- Otras (.....)	0	0

B. FACTORES QUE ESTÁN DETERMINANDO LA SALUD – ENFERMEDAD – CUIDADOS EN LA GENTE DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON:

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

8. El abastecimiento de agua potable.		
	Individual	Grupal
1.- Baja Calidad del Agua	0	0
2.- Red Incompleta de Abastecimiento	0	0
3.- Precio excesivo del agua	0	0
4.- Falta Coordinación con otros estamentos.	0	0
5.- No se han identificado problemas	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

9. Recolección, tratamiento y destino de aguas residuales.		
	Individual	Grupal
1.- Baja Calidad del Agua	0	0
2.- Red Incompleta de Abastecimiento	0	0
3.- Precio excesivo del agua	0	0
4.- Falta Coordinación con otros estamentos.	0	0
5.- No se han identificado problemas	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

10. La deposición, recogida y tratamiento de basuras.		
	Individual	Grupal
1.- Contenedores insuficientes	0	0

2.- Falta de Mantenimiento Contenedores	0		0	
3.- Mejorar recogida para reciclaje.	0		0	
4.- Falta Punto Limpio	0		0	
5.- Falta Educación y actitud de la población.	0		0	
6.- No se han identificado problemas.	0		0	
7.- Otras (.....)	0		0	

11. La existencia de ratas e insectos perjudiciales para la salud humana.				
		Individual		Grupal
1.- Existencia de Ratas.	0		0	
2.- Existencia de Plagas de Cucarachas.	0		0	
3.- Existencia de Pulgas y Mosquitos.	0		0	
4.- Existencia de Hormigas.	0		0	
5.- No se han identificado problemas.	0		0	
6.- Otras (.....)	0		0	

12. La existencia de contaminación ambiental (humos, ruidos, olores, etc.).				
		Individual		Grupal
1.- Contaminación Acústica.	0		0	
2.- Contaminación por Humos.	0		0	
3.- Contaminación por Malos Olores.	0		0	
4.- Contaminación Electromagnética.	0		0	
5.- Vertidos de Talleres.	0		0	
6.- Excrementos animales y granjas.	0		0	
7.- No se han identificado problemas.	0		0	
8.- Otras (.....)	0		0	

13. La existencia de situaciones de peligro (accidentes).				
		Individual		Grupal
1.- Mal estado de Carreteras.	0		0	
2.- Conducción Temeraria.	0		0	
3.- Problemas de Señalización Viaria.	0		0	
4.- Pasos de Peatones	0		0	
5.- Problemas relacionados con las aceras	0		0	
6.- Insuficiencia del alumbrado.	0		0	
7.- Desprendimientos.	0		0	
8.- Animales sueltos.	0		0	
9.- Falta de Educación Vial.	0		0	
10.- No se han identificado problemas.	0		0	
11.- Otras (.....)	0		0	

14. La falta de espacios verdes, culturales o deportivos para el ocio.			
	Individual		Grupal
1.- Faltan Centros Culturales.	0		0
2.- Faltan Centros Deportivos.	0		0
3.- Faltan Parques/Espacios Verdes.	0		0
4.- Falta Mantenimiento.	0		0
5.- Escasa oferta de ocio para Jóvenes.	0		0
6.- No se han identificado problemas.	0		0
7.- Otras (.....)	0		0

15. Con la escolarización y oportunidades de instrucción para la gente de la localidad.			
	Individual		Grupal
1.- Absentismo Escolar.	0		0
2.- Escasez de Oferta Educativa.	0		0
3.- Problemas de Infraestructuras.	0		0
4.- Masificación.	0		0
5.- Faltan Guarderías.	0		0
6.- Ausencia de Ludotecas.	0		0
7.- Escasez de Personal Educativo.	0		0
8.- No se han identificado problemas.	0		0
9.- Otras (.....)	0		0

16. Condiciones de la vivienda y de salubridad en el barrio.			
	Individual		Grupal
1.- Barreras Arquitectónicas.	0		0
2.- Humedades en las Viviendas.	0		0
3.- Falta de Mantenimiento Viviendas.	0		0
4.- Falta de Limpieza de Hogares.	0		0
5.- Hacinamiento.	0		0
6.- No se han identificado problemas.	0		0
7.- Otras (.....)	0		0

17. La cadena alimentaria: disponibilidad, precios, calidad, variedad, etc., para satisfacer una dieta equilibrada, saludable y económica.			
	Individual		Grupal
1.- Elevado Precio de Cesta de la Compra.	0		0
2.- Falta de Variedad alimenticia.	0		0
3.- Faltan Hábitos alimentarios.	0		0
4.- Problemas con la Cadena Alimentaria.	0		0

5.- No se han identificado problemas.	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

18. Otros problemas relacionados con los servicios de salud pública municipales o del Servicio Canario de Salud y/o prestadas en el barrio o Zona Básica de Salud.

	Individual	Grupal
1.- Listas de Espera.	0	0
2.- Falta Formación Específica Sanitario.	0	0
3.- Dotación de Medios Materiales Escasa.	0	0
4.- Faltan Recursos Humanos.	0	0
5.- Faltan Infraestructuras adecuadas.	0	0
6.- Mala utilización Servicios de Salud.	0	0
7.- No se han identificado problemas.	0	0
8.- Otras (.....)	0	0

OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EMPLEO

19. Relacionados con la existencia de centros o servicios necesarios, escuelas infantiles, hogar de pensionistas, consultorios de salud, etc.

	Individual	Grupal
1.- Centros para Mayores.	0	0
2.- Centros de días.	0	0
3.- Guarderías Infantiles.	0	0
4.- Escuelas Infantiles.	0	0
5.- Centros de Salud.	0	0
6.- Centros de Ocio.	0	0
7.- No se han identificado problemas.	0	0
8.- Otras (.....)	0	0

20. Relacionados con la situación de empleo (desempleo, contratos eventuales e inestabilidad, sobreexplotación, subempleo, etc.).

	Individual	Grupal
1.- Aumento del Desempleo.	0	0
2.- Economía Sumergida.	0	0
3.- Eventualidad del Empleo.	0	0
4.- Falta de Formación Laboral.	0	0
5.- Precariedad Laboral.	0	0
6.- Ansiedad / Estrés.	0	0

7.- No se han identificado problemas.	0	0
8.- Otras (.....)	0	0

21. Relacionados con las condiciones de trabajo de grupos significativos de trabajadores o inmigrantes de la localidad o el grupo (especificar).

	Individual	Grupal
1.- Explotación Inmigrantes.	0	0
2.- Aumento Desempleo distintos sectores.	0	0
3.- Economía Sumergida.	0	0
4.- Precariedad de Condiciones Laborales.	0	0
5.- No se han identificado problemas.	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

22. Relacionados con la seguridad social, la situación de los pensionistas y otras prestaciones no sanitarias de la seguridad social como subsidio de desempleo, bajas laborales, jubilación, subsidios o pensiones de enfermedad o accidentes laborales.

	Individual	Grupal
1.- Pensiones muy Bajas.	0	0
2.- Alta Dependencia del Pensionista.	0	0
3.- Alto número de Bajas Laborales.	0	0
4.- Prestaciones Insuficientes.	0	0
5.- No se han identificado problemas.	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

23. Relacionados con el grado de satisfacción/insatisfacción en el trabajo de la gente, del grupo o localidad.

	Individual	Grupal
1.- Insatisfacción Laboral.	0	0
2.- Estrés / Ansiedad.	0	0
3.- Desmotivación Laboral.	0	0
4.- Inestabilidad Laboral.	0	0
5.- No se han identificado problemas.	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

24. Relacionados con la existencia de solidaridad/insolidaridad o violencia, en la zona.

	Individual	Grupal
1.- Violencia de Género.	0	0
2.- Insolidaridad.	0	0
3.- Violencia Juvenil.	0	0

4.- Inseguridad Ciudadana.	0		0
5.- No se han identificado problemas.	0		0
6.- Otras (.....)	0		0

25. Relacionados con los medios existentes en el barrio para el alcance de ideales de vida de la gente.

	Individual		Grupal	
1.- Ausencia de Infraestructuras.	0		0	
2.- Ausencia de Medios Económicos.	0		0	
3.- Falta de Medios Personales.	0		0	
4.- Ausencia de Ideales.	0		0	
5.- No se han identificado problemas.	0		0	
6.- Otras (.....)	0		0	

26. Otros.

	Individual		Grupal	
1.- Problemas de Transporte Público.	0		0	
2.- Aumento de Personas sin Recursos.	0		0	
3.- Problemas de Atención Sanitaria.	0		0	
4.- No se han identificado problemas.	0		0	
5.- Otras (.....)	0		0	

PROBLEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA

27. Relacionados con la asistencia sanitaria que se presta en el centro de salud o consultorio de su Zona Básica.

	Individual		Grupal	
1.- Listas de Espera.	0		0	
2.- Falta Personal Sanitario.	0		0	
3.- Falta de Tiempo a la Atención Paciente	0		0	
4.- Masificación Servicios Sanitarios.	0		0	
5.- Faltan Infraestructuras.	0		0	
6.- Hiperfrecuentación.	0		0	
7.- No se han identificado problemas.	0		0	
8.- Otras (.....)	0		0	

28. Relacionados con la asistencia sanitaria especializada hospitalaria o extra-hospitalaria (Ambulatorios o Centros de Atención Especializada – CAEs) que se presta en los centros de referencia de la Zona Básica.

	Individual		Grupal	
1.- Listas de Espera.	0		0	

2.- Falta Coordinación A.P. / A.E.	0	0
3.- Faltan Recursos Humanos.	0	0
4.- Faltan Recursos Materiales.	0	0
5.- No se han identificado problemas.	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

29. Relacionados con la asistencia sanitaria de urgencias en los Centros de Salud, en el Hospital de referencia y, por el Servicio de Urgencias Canario (SUC).

	Individual	Grupal
1.- Recursos Humanos Insuficientes.	0	0
2.- Faltan Ambulancias.	0	0
3.- Masificación.	0	0
4.- Mal Uso de los Servicios de Urgencias.	0	0
5.- Déficit en Infraestructuras.	0	0
6.- Falta Coordinación A.P. / A.E.	0	0
7.- No se han identificado problemas.	0	0
8.- Otras (.....)	0	0

30. Relacionados con la asistencia sanitaria de la red de salud mental: Unidades de Salud Mental Comunitaria o centros de Salud Mental; en el servicio del Hospital correspondiente (Unidades de Internamiento Breve); en los dispositivos de rehabilitación previstos en colaboración con los ayuntamientos, cabildos y servicios sociales en los PIR y gestionados en los CIRPAC

	Individual	Grupal
1.- Listas de Espera.	0	0
2.- Recursos Humanos Insuficientes.	0	0
3.- Falta Coordinación A.P. / A.E.	0	0
4.- Infraestructuras insuficientes.	0	0
5.- No se han identificado problemas.	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

31. Relacionados con el transporte y las comunicaciones (si tienen que ver con la salud o la asistencia a la enfermedad).

	Individual	Grupal
1.- Problemas de Acceso al Centro.	0	0
2.- Ambulancias.	0	0
3.- Deficiencias del Transporte Sanitario.	0	0
4.- Deficiencia en el Transporte Público.	0	0
5.- No se han identificado problemas.	0	0
6.- Otras (.....)	0	0

32. Otros problemas relacionados con la asistencia y los servicios sanitarios públicos o privados prestados en el barrio y/o Zona Básica de Salud.

	Individual		Grupal	
1.- Infraestructuras Inadecuadas.	0		0	
2.- Problemas de Atención Sociosanitaria.	0		0	
3.- Faltan Recursos Materiales.	0		0	
4.- Falta Educación Sanitaria.	0		0	
5.- Recursos Humanos Insuficientes.	0		0	
6.- No se han identificado problemas.	0		0	
7.- Otras (.....)	0		0	

PROBLEMAS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

33. Relacionados con la asistencia sociosanitaria y domiciliaria a las personas mayores de la Zona Básica de Salud.

	Individual		Grupal	
1.- Falta Personal Atención Domiciliaria.	0		0	
2.- Faltan Centros para Atención Pacientes Dependientes.	0		0	
3.- Escasez Recursos Sociosanitarios.	0		0	
4.- Listas de Espera.	0		0	
5.- Recursos Materiales Insuficientes.	0		0	
6.- No se han identificado problemas.	0		0	
7.- Otras (.....)	0		0	

34. Relacionados con la asistencia prestada por los servicios sociales municipales o en la Zona Básica.

	Individual		Grupal	
1.- Falta de Recursos Humanos.	0		0	
2.- Falta de Recursos Económicos.	0		0	
3.- Mala Coordinación entre Servicios.	0		0	
4.- Masificación de los Servicios.	0		0	
5.- No se han identificado problemas.	0		0	
6.- Otras (.....)	0		0	

35. Relacionados con la prevención y la atención a las personas drogodependientes.

	Individual		Grupal	
1.- Falta Atención a la Drogodependencia.	0		0	

2.- Faltan Centros Específicos.	0		0	
3.- Faltan Programas de Prevención.	0		0	
4.- No se han identificado problemas.	0		0	
5.- Otras (.....)	0		0	

36. Otros problemas relacionados con los servicios sociales de las Administraciones Públicas o Privadas y/o no gubernamentales prestadas en el barrio o Zona Básica de Salud.

		Individual		Grupal
1.- Faltan Recursos Económicos.	0		0	
2.- Burocratización necesidades sociales.	0		0	
3.- Faltan Ayudas de Primera Necesidad.	0		0	
4.- Escasez de Voluntariado.	0		0	
5.- No se han identificado problemas.	0		0	
5.- Otras (.....)	0		0	

SESIÓN 3.- SÍNTESIS DIAGNÓSTICA (CONCLUSIONES)

Priorización de los diez problemas, por orden de importancia, a juicio del grupo:

PROBLEMAS DE SALUD - ENFERMEDAD – CUIDADOS

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____

CALIDAD DE VIDA; Y DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EMPLEO

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____

PROBLEMAS DE LA ATENCIÓN SANITARIA

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____

PROBLEMAS DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____

SESIÓN 4 Y 5. DIÁLOGO APRECIATIVO

LOGROS EN LA ZONA- ESPACIO DE TRABAJO EN ÚLTIMOS 20 AÑOS

	FECHA	HITOS
Espacio de trabajo- Localidad		

¿QUÉ PODEMOS DESTACAR ACTUALMENTE EN LAS ZBS, SERVICIO O UNIDAD FUNCIONAL DE TRABAJO, EAP, ORGANIZACIÓN, ETC. ¹?

Indicar: Las FORTALEZAS (F) Lo que HACEMOS BIEN (HB) Las INICIATIVAS INNOVADORAS (I)	
F/ HB/I	

¿CUÁL ES LA IMAGEN HORIZONTE (VISIÓN)?

¿Cómo nos gustaría que fuera la atención en nuestro servicio en el sistema sanitario (organización, funcionamiento, situación de salud, etc.) dentro de diez años?

¿Qué estamos haciendo que podamos dejar de hacer para poder realizar nuevos proyectos o actividades en el servicio o unidad funcional de trabajo, EAP, organización, etc².?

SESIÓN 6.- FORMULACIÓN DE ACCIONES POR LINEAS DE ACTUACIÓN / COLABORACIÓN DEL PROYECTO DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS

PROBLEMAS PRIORIZADOS		¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO BIEN EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS?	¿QUÉ LÍNEAS DE ACTUACIÓN ESTÁN RELACIONADAS CON ESTOS PROBLEMAS Y CON LO QUE YA ESTAMOS HACIENDO BIEN?	
CÓDIGO	PROBLEMAS		Área de Impacto (Nº)	Línea de actuación: Título: Nº:

SESIÓN 7-8.- PLAN DE ACCIÓN

Indicar la Línea de Actuación/Colaboración escogida para su implementación por el grupo y el Área de Impacto o de Colaboración a la que corresponde.

ÁREA DE IMPACTO/COLABORACIÓN:

LÍNEA DE ACTUACIÓN/COLABORACIÓN:

Formular posibles acciones, para desarrollar la Línea de Actuación/Colaboración, responsables y plazos para su realización.

ACCIONES PARA LA LÍNEA DE ACTUACIÓN /COLABORACIÓN n°:	CONLEVA GASTO ADICIONAL		Persona e institución, organización, servicio RESPONSABLE	PLAZO PARA SU REALIZACIÓN
	NO	SI		

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA “I CONFERENCIA INSULAR DE SALUD DE TENERIFE”

4 de noviembre de 2014

Con el fin de mejorar la calidad de este evento, le pedimos que cumplimente el siguiente cuestionario. Para ello, marca con una X el valor correspondiente a tu valoración^L.

1.- Profesión _____ 2.- Cargo _____

3.- Lugar de trabajo, organización o entidad _____

He participado:

4.- En el curso “Innovando en la Gestión de la Salud” del III Plan de Salud de Canarias:

2014- 1017 SI NO

5.- En los talleres “Innovando en la Gestión de la Salud” III Plan de Salud de Canarias

2014- 1017. SI NO

6.- Evaluación general de la actividad

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
Los objetivos planteados eran adecuados						
Los contenidos previstos resultaban interesantes						
Los tiempos previstos eran adecuados						
Los objetivos se alcanzaron satisfactoriamente						
La metodología de trabajo fue adecuada						
Los recursos utilizados fueron suficientes						
Las Instrucciones dadas eran claras y pertinentes						
El tiempo total destinado a la Conferencia fue suficiente						
La dinámica desarrollada ha sido satisfactoria						
La participación en los debates ha sido la adecuada						

^L N= Nunca; CN= Casi Nunca; AV= A veces; CS= Casi Siempre; S= Siempre; NS/NC= No sabe/No contesta

Comentarios

7.- ¿Ha sido satisfactoria la participación en la presentación y en los debates?:	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
Panel específico I:						
Sistema de Salud en Tenerife: financiación, estructura y organización						
Análisis de la situación de salud:						
Problemas de Salud Enfermedad						
Problemas de Salud Pública						
Problema de Calidad de Vida						
Problemas de Asistencia Sanitaria						
Problemas de Atención Sociosanitaria						
Problemas de Salud Mental						
Panel específico II:						
Hitos de la Reforma Sanitaria						
Que hacemos bien. Fortalezas. Acciones innovadoras						
Reinversión: que podemos dejar de hacer para hacer						
Panel específico III:						
Imagen horizonte						
Propuesta para planes de acción						
Panel general: Mesa Debate “Los consejos de Salud y la Gestión Participativa						
Conclusiones e informe final						

8.- Valoración General de la I Conferencia de Salud de Tenerife

Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	NS/NC

Comentarios _____

9.- Valoración General de la Acción formativa: Curso “Innovando en la Gestión de la Salud”, Talleres “Innovando en la Gestión de la Salud” y Conferencias de Salud

Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	NS/NC

Comentarios _____

10.- Valoración General de la Conferencia de Salud y propuestas para mejorar próximas ediciones.

Gracias por su colaboración

EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA^{LI}

“INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE LA SALUD”

III Plan de Salud de Canarias 2014-2017

(Del 21 de abril al 31 de julio de 2014)

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN PARA LOS/LAS MONITORES/AS DE LOS TALLERES

Marque o complete la información solicitada en cada apartado.

I. CARACTERÍSTICAS DEL PARTICIPANTE

1.1. Edad

	18 – 24 años
	25 – 34 años
	35 – 44 años
	45 – 54 años
	55 – 64 años
	Más de 64 años

1.2. Sexo

	Hombre
	Mujer

^{LI} Se entiende el término “acción formativa” como el proceso formativo que integra: la realización del curso (material impreso - Sistema ECCA de enseñanza a distancia) y la participación en los talleres.

1.3. Profesión

	Enfermero/a
	Trabajador/a social
	Médico/a
	Administrativo/a
	Auxiliar administrativo/a
	Auxiliar de enfermería
	Otra. Especificar:

1.4. Tipo de grupo de trabajo

	ZBS
	Hospital
	CIRPAC
	Dirección de Área de Salud
	Mixto (incluye componentes de diferentes grupos del SCS: CIRPAC, Dirección de Área) Especificar:
	Otros colectivos fuera del SCS. Especificar:

1.5. Tipo de participantes en el grupo

	Solo profesionales del SCS
	Mixto (profesionales del SCS y personas en la condición de usuarios/as o en representación de organizaciones e instituciones fuera del SCS) Especificar lugar de procedencia:

1.6. Tamaño del grupo

	Número de personas participantes en el grupo incluyendo el/la/los monitores/as
--	--

II. VALORACIÓN GENERAL DE LA ACCIÓN FORMATIVA Y DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN “INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE LA SALUD”

2.1. Valoración general de la acción formativa (curso Ecce y talleres), a falta de la realización de las Conferencias Insulares de Salud:

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	NS/NC

Comentarios:

2.2. Valoración de los objetivos específicos de esta acción formativa y de investigación-acción^{LI}:

Objetivo específico	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
Dar a conocer los fundamentos que hacen necesario un nuevo Plan de Salud: situación actual de salud y priorización de problemas.						
Mejorar los conocimientos de los/las participantes respecto a la organización, el funcionamiento y la utilización de los servicios de salud, así como a la toma de conciencia de los problemas que pueden estar condicionando su calidad y eficiencia.						
Promover una coordinación intra e interinstitucional entre los órganos de participación y de dirección que inciden en el proceso de salud de la comunidad, que constituyen una condición de eficacia del Plan de Salud de Canarias y de la innovación en la gestión sanitaria.						
Contribuir a la consolidación de los órganos de participación y de dirección del Servicio Canario de la Salud como un espacio institucional nuevo y como un reciente dispositivo del proceso de decisión pública en salud.						

Comentarios: _____

^{LI} Marque la opción que mejor se ajuste a su valoración.

N=Nunca; CN=Casi nunca; AV=A veces; CS=Casi siempre; S=Siempre; NS/NC= No sabe/No contesta

2.3. Valoración, en relación a la organización y desarrollo de la acción formativa:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
La información recibida para la matrícula y recogida de material ha sido buena.						
La información para la realización del curso ha sido suficiente.						
La información para el desarrollo de los talleres ha sido eficaz.						
El material didáctico se entregó con suficiente antelación.						

Comentarios: _____

III. EVALUACIÓN DEL CURSO ECCA

3.1. ¿Realizó el curso?

<input type="checkbox"/>	Sí, antes de comenzar los talleres
<input type="checkbox"/>	Sí, de forma paralela al desarrollo de los talleres
<input type="checkbox"/>	No

3.2. Valoración general del curso impartido según el Sistema ECCA de enseñanza a distancia:

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	NS/NC
<input type="checkbox"/>					

Comentarios: _____

3.3. ¿Cómo ha seguido las clases?

Por radio	Por el banco de clases	Por la plataforma educativa Moodle	Por el CD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4. Valoración sobre las clases de audio:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He seguido las clases.	<input type="checkbox"/>					
Las clases son imprescindibles para el seguimiento del curso.	<input type="checkbox"/>					
Las explicaciones del profesorado se entienden fácilmente.	<input type="checkbox"/>					

Las clases me han resultado amenas e interesantes.						
--	--	--	--	--	--	--

Comentarios: _____

3.5. Valoración sobre los esquemas:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
En ellos se recoge la información imprescindible.						
Ayudan a comprender los contenidos de cada tema.						
Facilitan la relación entre los contenidos y el III Plan de Salud.						
Destacan las conclusiones o ideas fundamentales.						
Las ilustraciones son adecuadas.						
El diseño resulta atractivo.						

Qué temas cree que faltan o sobran en el curso: _____

Comentarios: _____

3.6. Valoración sobre el resto de material didáctico:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
El glosario es un elemento imprescindible para el seguimiento de las clases.						
Los términos recogidos en el glosario son adecuados.						
He utilizado el CD del alumno.						
Los contenidos del CD facilitan la preparación de las clases.						
Los contenidos del CD resultan un complemento imprescindible.						
La organización de los contenidos del CD es sencilla y manejable.						
El cuestionario de evaluación recogía los conceptos e ideas fundamentales del curso.						
La realización del cuestionario de evaluación ha sido sencilla.						

Comentarios: _____

3.7. Valoración sobre los coloquios radiofónicos:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He escuchado los coloquios radiofónicos.						
He sintonizo sin dificultad Radio Ecça.						
El horario de emisión en la radio ha sido adecuado.						
He escuchado los coloquios desde la plataforma Moodle.						
He escuchado los coloquios en directo a través de la radio.						
Ayudan a reflexionar y resolver dudas.						
Complementan la comprensión e información de las sesiones.						
Son un buen complemento para los talleres.						
Me han resultado interesantes.						

Comentarios: _____

3.8. Valoración sobre las tutorías:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He utilizado las tutorías.						
El trato recibido ha sido adecuado.						
Se han atendido mis dudas en un tiempo adecuado.						
Se han solucionado mis dudas satisfactoriamente.						
Son útiles para el seguimiento del curso.						

El tipo de tutoría que he utilizado ha sido:

Telefónica	A través de los foros	Por correo electrónico	Presencial

Comentarios: _____

IV. EVALUACIÓN DE LA PLATAFORMA EDUCATIVA MOODLE

4.1. Valoración sobre la plataforma virtual:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
La plataforma educativa Moodle facilita el manejo de la información.						
La plataforma educativa Moodle ha sido una herramienta de gran utilidad.						
He participado activamente en los foros.						
He utilizado los foros solo para consulta.						
Los foros han ayudado a la interrelación entre los/las participantes.						
Los foros ayudan a reflexionar y resolver dudas.						
He tenido problemas para acceder a la plataforma virtual.						
He tenido dificultades para procesar la información.						

Comentarios: _____

4.2. Valoración sobre los enlaces colgados en la web:	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He consultado los enlaces propuestos.						
Son imprescindibles como complemento para la realización de los talleres.						
Facilitan la ampliación de la información para el desarrollo de los talleres.						

Comentarios: _____

4.3. Valoración de la Herramienta Informática para el volcado de los datos de los talleres:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He utilizado la Herramienta Informática						
He tenido problemas para acceder						
He tenido dificultades para procesar la información						
Ha sido de gran utilidad						
Facilita el manejo de la información						

V. VALORACIÓN GENERAL DE LOS TALLERES

5.1. Valoración sobre la formación recibida para realizar las funciones de monitor/a:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He realizado el curso de monitor/a.						
La formación recibida fue la adecuada.						
La duración del curso fue adecuada.						
La realización del curso es imprescindible para el desarrollo de las sesiones.						
La realización del curso es imprescindible para dinamizar el grupo.						

Comentarios: _____

5.2. ¿Cuál ha sido el soporte que ha utilizado para la consulta del material específico del monitor/a? En este material se incluían: sugerencias metodológicas, instrucciones para el desarrollo de los talleres, documentos, anexos, etc.

En papel	En CD	En la plataforma educativa Moodle

5.3. Valoración sobre el material del monitor/a:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
El manual del profesorado es un material bien estructurado, fácil de manejar y utiliza un lenguaje claro y sencillo.						
He utilizado las sugerencias metodológicas como complemento del curso y/o en la preparación de los talleres.						
Las sugerencias metodológicas son un buen material de consulta sobre los temas tratados en el curso y en los talleres.						
Las sugerencias metodológicas facilitan la relación entre los contenidos y el III Plan de Salud.						
He leído y utilizado el documento de instrucciones para el desarrollo de los talleres.						
Las instrucciones para los talleres han resultado ser documentos esenciales para la organización de los mismos.						
Las instrucciones para los talleres estaban redactados de un modo sencillo y claro.						
Las instrucciones para los talleres aportan información suficiente.						
Le he sacado provecho a los documentos contenidos en el CD.						
He consultado los anexos.						
Los anexos son imprescindibles para complementar la información en el desarrollo del taller.						
Los anexos son un buen material de consulta sobre los temas tratados.						

Comentarios: _____

5.4. Valoración sobre las guías de trabajo para los talleres:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He preparado previamente las sesiones.						
He utilizado las guías de trabajo en la organización y desarrollo de cada uno de los talleres.						

Las actividades son lo suficientemente útiles para profundizar en el conocimiento y desarrollo del III Plan de Salud.						
Las actividades planteadas en las sesiones son las adecuadas.						
Las actividades propuestas ayudan a relacionar los contenidos.						
Son fáciles de realizar las actividades en grupo.						

Comentarios: _____

5.5. Valoración sobre el grado de dificultad de cada sesión:

Sesión	Ninguno	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo	NS/NC
1. "Análisis de la situación de salud. Cuestionario Específico"						
2. "Identificación y priorización de problemas. Cuestionario Genérico"						
3. "Conclusiones"						
4-5. "Diálogo apreciativo"						
6. "Formulación de acciones por líneas de actuación/colaboración"						
7-8. "Plan de acción"						

Comentarios: _____

5.6. Valoración del trabajo con el grupo:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
Se han cumplido los objetivos del taller.						
La dinámica seguida en las sesiones ha permitido la participación activa de todos los participantes del grupo.						
Ha estado bien definida la tarea.						
Se han aclarado las dudas suficientemente.						
Sería necesario para el desarrollo de las sesiones más información (instrucciones) complementaria.						
Los recursos utilizados han sido suficientes.						
Ha habido tiempo para comentar los contenidos con claridad.						
Participaría en otros talleres similares.						
La interacción con los participantes fue fluida / adecuada.						
La composición del grupo fue la idónea.						
El número de participantes en el grupo le pareció adecuado.						
La duración de los talleres fue la apropiada.						
El horario del taller fue el oportuno.						
El número de sesiones fue el adecuado.						
La información recibida le proporcionó una visión de la participación aplicable en su trabajo.						
La información suministrada durante el taller ha sido práctica y relevante para mi trabajo.						

Comentarios: _____

5.7. Algunos otros datos relevantes sobre los talleres:

¿Cuántos sesiones ha realizado junto a su grupo?	
¿Cuál ha sido el tiempo medio utilizado para cada sesión?	

Comentarios: _____

5.8. Valoración sobre las tutorías que ha recibido como monitor:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
He hecho uso de las tutorías.						
Las respuestas recibidas han sido directas y oportunas.						
Se han aclarado las dudas suficientemente.						
El trato recibido ha sido adecuado.						
Son necesarias para el desarrollo del taller.						

Comentarios: _____

5.9. Valoración sobre la coordinación de los/as monitores/as con los/las coordinadores insulares:

	N	CN	AV	CS	S	NS/NC
Me he reunido con el/la coordinador/a insular.						
Las reuniones con el/la coordinador/a insular clarifica dudas.						
Las reuniones con el/la coordinador/a insular han sido las adecuadas.						
Ha resultado necesario reunirse con el/la coordinador/a insular.						

Comentarios: _____

5.10. Haga una reflexión sobre el significado que ha tenido para usted participar como monitor/a en el taller, en relación a su experiencia y a sus expectativas.

5.11. Haga propuestas para realizar en el futuro:

5.12. Valoración de costes:

Nº	PROFESIÓN	ENTIDAD	Nº SESIONES	Nº HORAS POR SESIÓN	Nº HORAS DE PREPARACIÓN DE LAS SESIÓN	TOTAL
	Médico/a					
	Farmacéutico/a					
	Psicólogo/a					
	DUE					
	Trabajador/a social					
	¿Otras? ¿Cuál? _____					

Comentarios:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ENVIAR EL CUESTIONARIO A

Unidad de Apoyo a la Dirección
(Planificación Estratégica Participación y Cooperación Internacional)
Servicio Canario de la Salud
Av. Juan XXIII, 17 - 5ª planta
35004 Las Palmas de Gran Canaria
Telf. +34 928 11 88 61
Fax +34 928 11 88 05
E-Mail: ... @gobiernodecanarias.org

ANEXO 7. MUESTRA DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL AÑO 2008.

SITUACIÓN DE SALUD

El análisis de la situación de salud realizado por 1038 personas organizadas en grupos de discusión en 80LIII de las 105 zonas básicas de salud de canarias, durante los meses de octubre a diciembre de 2008, forma parte de la estrategia de formulación y desarrollo del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015 para la innovación en la gestión de la salud y los servicios. Esa actividad se desarrolló en los talleres de la acción formativa “Consejos de salud, un nuevo espacio de participación”, organizado por el Servicio Canario de la Salud en colaboración con Radio ECCA fundación canaria. La metodología del Sistema ECCA de Enseñanza a distancia, semi-presencial empleada ha demostrado una eficacia igual o superior a la presencial en la educación de adultos y combinó el uso de internet y la realización de talleres dinamizados por personal sanitario de los equipos de atención primaria que actuaban como monitores.(SCS, 2010)309

EJEMPLO DEL INFORME 2008

En este anexo se presenta una muestra del detalle del resultado de la recogida de la información del estudio cualitativo de preguntas abiertas para analizar la situación percibida de salud a nivel de las zonas básicas de salud participantes, de las 105 Zonas Básicas de Salud de Canarias. En el informe de referencia, la información se agrega posteriormente a nivel de cada una de las islas.

Anexo 2 (Pregunta 9 del cuestionario).- RECOLECCION, TRATAMIENTO Y DESTINO DE AGUAS RESIDUALES

Lanzarote:

Arrecife 2 – Valterra	Malos olores en la estación de bombeo de la c/Portugal y la recicladora próxima al Htal Dr Molina Orosa. Contaminación acústica de locales de ocio, de motores de cámaras frigoríficas que están en la calle, de las motos y, especialmente, de la central eléctrica de Unelco en Las Caletas. Falta de control de humos en coches, camiones, extractores de cocinas de restaurantes, de empresas de catering,... Radiación que proviene de los cables de alta tensión, antenas de telefonía móvil.
Teguise	Contaminación acústica (motores , coches , discotecas)

^{LIII} Aunque se recibieron 80 encuestas grupales, fueron analizadas 73, ya que las 6 restantes no pudieron ser incluidas por retraso en su recepción para este estudio.

	<p>Mal olor que proviene del vertederos Zonzamas y de la Granja del Cabildo</p> <p>Falta de ordenanza municipal para la solicitud de licencias y colocación de antenas de telefonía móvil</p> <p>Redes eléctricas a cielo abierto</p>
--	---

Anexo 6. (Pregunta 13). **EXISTENCIA DE SITUACIONES DE PELIGRO (ACCIDENTES)**

Gran Canaria:

Valsequillo	<p>La carretera de acceso es una vía de la red secundaria, con algunas zonas aún en mal estado</p> <p>Curvas algo peligrosas</p> <p>No hay buena visibilidad</p> <p>Aunque los accidentes se producen en la recta de acceso al municipio (Avenida de Los Almendros), con buena iluminación, visibilidad, buen asfalto, buena señalización (velocidad máxima 40 Km/h) y línea continua. Esto nos dice que hay personas que no cumplen las normativas y que aprovecha la recta para hacer carreras, acelerar, en ocasiones se usa la recta para hacer carreras de motos de madrugada, pero están perseguidas, por lo que han disminuido.</p>
Agaete	<p>No hay control sobre la utilización de pesticidas.</p> <p>No hay aceras o camino hasta el valle.</p> <p>Caídas frecuentes de piedras en la carretera hacia la aldea.</p>

Anexo 14. (Pregunta 21 del cuestionario). **RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE GRUPOS DE TRABAJADORES O INMIGRANTES DE LA LOCALIDAD O EL GRUPO (ESPECIFICAR)**

Tenerife:

Arico	<p>Riesgos laborales (inspección formación)</p> <p>Inmigrantes amenazados, condiciones laborales inhumanas</p> <p>Tensiones</p>
Los Gladiolos	<p>Precariedad laboral: sin contrato laboral inmigrantes(empleada de hogar)</p> <p>Inestabilidad laboral.</p> <p>Difícil incorporación al mundo laboral a mayores de 50 años.</p> <p>Universitarios: acceso al mercado laboral limitado y con opciones a trabajos en los que no se exige titulación y/o formación específica.</p>
Ofra – Delicias	<p>Contratos precarios.</p> <p>Aumento inmigrantes con precaria situación económica.</p> <p>Explotación.</p> <p>Poca seguridad laboral.</p>

Anexo 20. (Pregunta 27 del cuestionario de 2008) **ASITENCIA SANITARIA QUE SE PRESTA EN EL CENTRO DE SALUD O CONSULTORIO DE SU Z.B.S.**

Gran Canaria:

Arguineguín – Mogán	<p>Ampliar el concierto entre el hospital San Roque Melonera (u otros centros) para derivar a las diferentes especialidades en consultas externas desde el equipo de atención primaria de ZBS Mogán</p> <p>Que el concierto que actualmente existe entre el SCS y el hospital San Roque Meloneras para asistir a la población de urgencias, no tenga limitaciones del tipo de “según en qué horario del día, atendiendo un tipo de urgencias por falta de especialistas en determinados tramos horarios”</p> <p>Radiología en el CS Arguineguín</p>
Vecindario	<p>Infrautilización del CAE (Centro de Atención de Especialidades)</p> <p>Ausencia de financiación en programas de atención psicosocial</p> <p>Falta de programas de prevención comunitaria</p> <p>Excesiva derivación a los concertados</p>
Barrio Atlántico	<p>Poco cuidado por parte de la población y los profesionales de las infraestructuras y mobiliario públicos</p> <p>No existencia de un Consejo de Salud en la Zona Básica.</p> <p>Calidad deficitaria de la atención en determinados Centros Privados concertados.</p> <p>No aplicación de la receta electrónica.</p> <p>Pocas alternativas sanitarias privadas en la zona.</p>

Anexo 26. (Pregunta 33 del cuestionario de 2008) **RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SOCIO SANITARIA Y DOMICILIARIA QUE SE PRESTA A LAS PERSONAS MAYORES DE LA Z.B.S.**

Fuerteventura:

Tuineje – Pájara	Falta de recursos humanos y materiales. Falta de implicación política.
------------------	---

La Gomera:

Valle Gran Rey	Necesidad de mejora del servicio de ayuda a domicilio
Vallehermoso	Falta de recursos económicos y humanos. Falta de profesionalización en personal de ayuda a domicilio.
Puerto Santiago Alajeró	Falta de personal y recursos económicos.

Anexo 23. (Pregunta 30 del cuestionario de 2008) **RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA RED DE SALUD MENTAL**

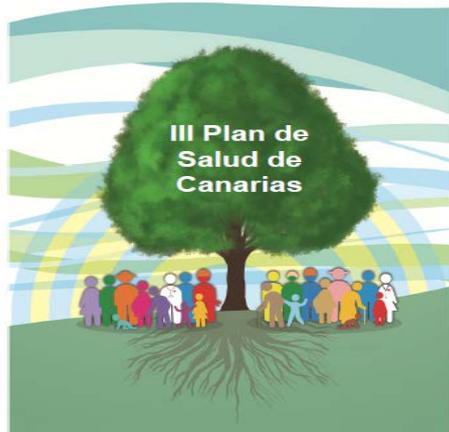
La Palma:

El Paso	Deficiencias, a nivel insular, en asistencia sanitaria de la red de salud mental (falta de infraestructuras dignas, terapia personal y unidad de internamiento breve) Suspender reiteradamente las citas para la Unidad de Salud Mental de Los Llanos por falta de personal (Psiquiatras). Debido a las deficiencias en la asistencia en salud mental, son los familiares los que se encargan de atender a estos enfermos. En otros casos, cuando los enfermos no tienen quien los atienda, tienen bastantes dificultades a la hora de mantener el tratamiento
Tazacorte	Se cambian muchas veces las citas para la USM de Los Llanos de Aridane

ANEXO.8- PROGRAMA DE LA CONFERENCIA INSULAR DE SALUD DE LA GOMERA.



I Conferencia Insular de Salud de La Gomera



27 de Noviembre de 2014,
Casa de la Cultura Pedro
García Cabrera. Vallehermoso



PROGRAMA

8:00 a 8:30: Recepción e inscripción.

8:30 a 9:00: Mesa inaugural y presentación de la Conferencia.

9:00 a 11:00:

Panel específico I: Análisis de la situación de salud en la isla y Canarias.

- 1- Sistema de salud en La Gomera: estructura, organización y financiación.
- 2- Análisis de la situación de salud. Evolución de la situación de salud percibida en el periodo 2008-2014.

- Problemas de salud – enfermedad
- Problemas de salud pública
- Problemas de calidad de vida
- Problemas de asistencia sanitaria
- Problemas de atención-socio-sanitaria
- Problemas de salud mental

Panel específico II:

- 1- Hitos de la reforma sanitaria.
- 2- Que hacemos bien. Fortalezas. Acciones innovadoras.
- 3- Reinversión: que podemos dejar de hacer para hacer.

Panel específico III: Imagen horizonte. Propuestas para planes de acción.

11:00 a 11:30: Coloquio sobre los paneles I, II, III.

11:30 a 12:00: Pausa café.

12:00 a 14:00: Trabajo en grupos.

14:00 a 15:00: Almuerzo.

15:00 a 16:30: Trabajo en grupos.

16:30 a 17:00: Pausa café.

17:00 a 18:00: **PANEL GENERAL: Mesa Debate** La integración y coordinación entre sociosanitarios y servicios sanitarios, sociales.

18:00 a 19:30: Presentación de las conclusiones de los Grupos de Trabajo. Coloquio.

19:30: Clausura de la Conferencia.

La Conferencia Insular de Salud constituye un espacio de debate sobre el estado de salud de la población, la organización de los servicios sanitarios y las reformas que son necesarias en el futuro. Con esta actividad se articula a la sociedad civil, profesionales sanitarios, corporaciones locales y al mundo de la gestión y de la política en torno a la participación y toma de decisiones en el desarrollo por islas del III Plan de Salud de Canarias.

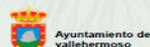
OBJETIVOS: Analizar la situación del estado de salud de la población - Conocer los logros alcanzados - Dinamizar órganos de participación del Sistema Canario de la Salud. - Proporcionar protagonismo y promover la gestión participativa y la participación comunitaria.

DIRIGIDO A: todos los segmentos de la sociedad y especialmente a los representados en los Consejos de Salud - personal de la Dirección de Área, del SCS, Cabildo y Ayuntamientos - organizaciones sociales en general y prestadores de servicios sociosanitarios.

Organizado por la Dirección de Área de Salud de La Gomera.

Entidades patrocinadoras:

Entidades colaboradoras:



ANEXO 9.-Evolución de los problemas percibidos de Salud Pública y Calidad de Vida del Área Norte de Gran Canaria en el periodo 2008-2018, en su condición de *empeorado/sigue igual, mejorado o resuelto*.

AMBITO	¿QUÉ HA EMPEORADO?	¿QUÉ HA MEJORADO?	¿QUÉ SE HA RESUELTO?
Aguas residuales (AR) y de consumo humano (ACH)	Mala calidad del agua.	Falta de control del agua. Inseguridad de los análisis químicos y bacteriológicos. Agua no potable	Calidad del ACH (agua no potable) y posibilidad de transmisión de enfermedades en Guía.
	Vertidos de aguas residuales descontroladas a barrancos y costas.	Insuficiencias y limitaciones de la red de alcantarillados. Red de alcantarillado en desuso	Existen estanques reguladores de agua (tratamiento y control semanal) en Tejeda.
	Falta de mantenimiento de infraestructura de la red de aguas residuales	Falta de redes de abastecimiento nuevas	
		Red de canalización sucia, insuficiente drenaje, insuficiente tratamiento de las aguas. Playas contaminadas por los emisarios submarinos.	
	Insuficientes plantas para tratamiento de AR. Falta de plantas de tratamiento de Aguas regeneradas		
Contaminación ambiental y medio ambiente	Insuficiente número de contenedores de recogida selectiva y de orgánicos.	Contenedores de basuras escasos, mal ubicados y sucios en Agaete, Gáldar y Guía. Frecuentación de la recogida de basuras en San Nicolás	Bolsas de abonos y veneno abandonados en las tierras de cultivo en Guía
	Contaminación acústica (ruidos de motos y coches), humos y olores.	Plaga de ratas no controlada en Valle y Risco y Gáldar. Moscas, mosquitos, cucarachas en San Nicolás y Gáldar. Palomas en San Nicolás	Disponibilidad y limpieza de contenedores para la basura general (malos olores) en Guía.
	Deficitaria limpieza de los contenedores.	Educación de la población sobre basuras y reciclaje. Falta de concienciación ciudadana (horarios)	Falta de puntos limpios e infraestructuras para reciclaje en Guía
	Moscas y mosquitos	Perros y gatos (por exceso, por ruidos y por mal control sanitario)	Problemas de pulgas y piojos en San Nicolás
	Situación inadecuada de industrias familiares que están dentro de los barrios	Existencia de pequeñas granjas en la zona urbana	Ruidos de coches y motos en Guía
Olores de estiércol, pesticidas y venenos,			

		proximidad del veneno (cultivos) a la población (urticarias)	
		No hay punto limpio en Moya	
Barrio	Caídas frecuentes de piedras en la carretera hacia la aldea.	Incumplimiento de la normativa vial.	Problemas de tolerancia en San Nicolás.
	Barreras arquitectónicas y movilidad. No hay aceras o camino adecuados.	Barreras arquitectónicas y más calles peatonales y aceras más grandes en Guía. Muros inestables en barrancos	Falta de estos espacios de reunión para la juventud apropiados (se reúnen en gasolinera) en la zona de Medianías
	Falta de Residencias de días y para mayores (falta de plazas). Hogares de pensionistas. Falta de centros para mayores con diferentes necesidades.	Violencia juvenil, de fines de semana: peleas, destrozos y robos. Poco control de autoridades y leyes sobre la violencia	Espacios verdes en Guía
	Negligencia en la conducción. Exceso de velocidad de motos y coches por zonas urbanas	Exceso de barreras arquitectónicas en playas, colegios, ayuntamiento, etc.	Diferentes asociaciones culturales y actos variados en Tejeda.
	Falta más seguridad ciudadana y aumento de violencia: necesidad de presencia policial por las noches y fin de semana, aumento consumo de drogas	Falta de espacios cerrados y cubiertos para actividades deportivas, de espacios verdes y zonas para caminar. Dispersión y acceso a zonas deportivas. Acondicionamiento e infrautilización	
	Mala red de carretera, carreteras estrechas, con muchas curvas y mal pavimentadas con alto peligro de accidentes.	Condiciones del gimnasio en Agaete. Falta de parque infantil en el Valle y las Nieves.	
	No hay espacios verdes ni parques suficientes para el ocio. Potenciar zonas de esparcimiento	Falta de cine y teatro en buenas condiciones en Gáldar	
	No hay suficientes parques infantiles, ni espacios deportivos. Piscina s municipales y privadas	Falta de espacios verdes y al aire libre en Gáldar	
	Necesidad de centros de ocio para la población juvenil.	Pocas oferta de actividades educativas y de ocio	
	Mejorar la gestión de las Asociaciones de vecinos como centros de participación	Existencia de violencia de género y entre adolescentes	

	Falta de recursos y mejor gestión y potenciación de los existentes (descentralizar, amplitud de horario).	Analfabetismo en personas mayores	
	Ausencia de Cajeros automáticos. No Acceso a Internet en Agaete	Personas mayores marginadas; personas con problemas de alcoholismo, drogas y paro;	
	Supresión de unitarias	Falta de control de padres con los hijos.	
	Escaleras de los barrancos mal conservadas y sin barandillas. Vallado de las laderas en mal estado	Falta de centros o mal gestionados para fomentar la relación social y participación, mayormente de trabajadores y jóvenes.	
	Insuficientes estacionamiento	Problemas de relación social	
Escolarización	Inducir talleres relacionado con la pesca o el turismo (Agaete)	Absentismo y abandono escolar (en especial hombres y jóvenes)	
	Escasez de guarderías y escuelas infantiles (desplazamiento a núcleos urbanos lejanos)	Falta de cursos con fines laborales y actividades educativas	
	Falta de formación profesional (ciclos formativos)	Falta seguimiento de los alumnos marginales	
Vivienda	Pocas ayudas económicas	Falta de mantenimiento adecuado de las viviendas.	
	Humedades en algunas viviendas. Casas-cueva con deficiente aislamiento de humedad.	Problemas de humedades en Moya y San Nicolás	
	Acceso a viviendas población joven	Barreras arquitectónicas en viviendas (ausencia de ascensores).	
	Deterioro de las viviendas	Viviendas pequeñas.	
Alimentación	Falta de creación de Mercadillo municipal en Agaete	Carestía de productos básicos para dietas específicas (celiacos, diabetes)	
	Pocos supermercados en el pueblo (Agaete)	Precios elevados.	
	No promoción de comercios ni venta de productos locales	Ausencia de grandes superficies ni variedad de mercados; falta de competencia.	
	Carestía de alimentos. Falta conocimiento y de		

	formación e información dietética (comida rápida y basura)		
	Alimentos frescos excesivamente caros		
Empleo y Seguridad social	Alta tasa de desempleo (Agaete)	Preocupación por la emigración ilegal.	Inestabilidad sobretodo en la agricultura en Guía
	Contratos precarios y bajo salario, contratos eventuales	Condiciones de trabajo dentro de la ilegalidad (contratación sin asegurar)	Doble jornada en Schamann
	Sobreexplotación laboral	Absentismo	
	No promoción de comercios y venta de productos locales, dependencia de sector primario (agricultura) y construcción	Falta de preparación	
	Recortes de Plantillas en la Fred Olsen, cierre de industrias (de flores en Agaete) o disminución de industrias (pesca)	Falta de información de ayuntamientos	
	Escasez de empresas	Accidentes laborales por manipulación de productos químicos.	
	Insatisfacción laboral: bajos salarios, personal agrícola, peones, personal de tiendas y supermercados.	Los inmigrantes realizan mayores jornadas de trabajo no remuneradas en su totalidad.	
	Bajas cuantías de las prestaciones. Bajas pensiones de jubilación y viudedad. Bajo subsidio por desempleo y de bajas laborales	Importe económico de las pensiones bajas, por edades tempranas de jubilación, prejubilación o incapacidad.	
	No Cotización anual en los de régimen agrario (Agaete)	Acoso laboral.	
	Mucha inseguridad laboral: posibles despidos por la crisis		
	Sobreexplotación laboral		
	Estrés		
	Falta de trabajo para jóvenes. Emigración juvenil		
	Trabajos de baja remuneración y sin asegurar		

	Falta de alternativas de trabajos. Pocas expectativas de mejora o cambio de empleo		
	Diferentes condiciones de trabajo para foráneos y locales (posibilidad de alojamiento).		
Transporte	Las líneas de Guaguas son muy escasas		
	No líneas de transporte público directo para los pacientes hacia el centro de salud y atención especializada.		
	Faltan medios de transporte adecuados que comuniquen barrios y municipios principales		
	Problemática con los horarios de transportes públicos que son escasos		
AMBITO	¿QUÉ HA EMPEORADO?	¿QUÉ HA MEJORADO?	¿QUÉ SE HA RESUELTO?
Aguas residuales (AR) y de consumo humano (ACH)	Mala calidad del agua.	Falta de control del agua. Inseguridad de los análisis químicos y bacteriológicos. Agua no potable	Calidad del ACH (agua no potable) y posibilidad de transmisión de enfermedades en Guía.
	Vertidos de aguas residuales descontroladas a barrancos y costas.	Insuficiencias y limitaciones de la red de alcantarillados. Red de alcantarillado en desuso	Existen estanques reguladores de agua (tratamiento y control semanal) en Tejeda.
	Falta de mantenimiento de infraestructura de la red de aguas residuales	Falta de redes de abastecimiento nuevas	
		Red de canalización sucia, insuficiente drenaje, insuficiente tratamiento de las aguas. Playas contaminadas por los emisarios submarinos.	
		Insuficientes plantas para tratamiento de AR. Falta de plantas de tratamiento de Aguas regeneradas	
Contaminación ambiental y medio ambiente	Insuficiente número de contenedores de recogida selectiva y de orgánicos.	Contenedores de basuras escasos, mal ubicados y sucios en Agaete, Gáldar y Guía. Frecuentación de la recogida de basuras en San Nicolás	Bolsas de abonos y veneno abandonados en las tierras de cultivo en Guía
	Contaminación acústica (ruidos de motos y coches), humos y olores.	Plaga de ratas no controlada en Valle y Risco y Gáldar. Moscas, mosquitos, cucarachas en San Nicolás y Galdar. Palomas en San Nicolás	Disponibilidad y limpieza de contenedores para la basura general (malos olores) en Guía.

	Deficitaria limpieza de los contenedores.	Educación de la población sobre basuras y reciclaje. Falta de concienciación ciudadana (horarios)	Falta de puntos limpios e infraestructuras para reciclaje en Guía
	Moscas y mosquitos	Perros y gatos (por exceso, por ruidos y por mal control sanitario)	Problemas de pulgas y piojos en San Nicolás
	Situación inadecuada de industrias familiares que están dentro de los barrios	Existencia de pequeñas granjas en la zona urbana	Problemas de cucarachas (verano) en Tejada.
		Ruidos de coches y motos en Guía	
		Olores de estiércol, pesticidas y venenos, proximidad del veneno (cultivos) a la población (urticarias)	
		No hay punto limpio en Moya	
Barrio	Caídas frecuentes de piedras en la carretera hacia la aldea.	Incumplimiento de la normativa vial.	Problemas de tolerancia en San Nicolás.
	Barreras arquitectónicas y movilidad. No hay aceras o camino adecuados.	Barreras arquitectónicas y más calles peatonales y aceras más grandes en Guía. Muros inestables en barrancos	Falta de estos espacios de reunión para la juventud apropiados (se reúnen en gasolinera) en la zona de Medianías
	Falta de Residencias de días y para mayores (falta de plazas). Hogares de pensionistas. Falta de centros para mayores con diferentes necesidades.	Violencia juvenil, de fines de semana: peleas, destrozos y robos. Poco control de autoridades y leyes sobre la violencia	Espacios verdes en Guía
	Negligencia en la conducción. Exceso de velocidad de motos y coches por zonas urbanas	Exceso de barreras arquitectónicas en playas, colegios, ayuntamiento, etc.	Diferentes asociaciones culturales y actos variados en Tejada.
	Falta más seguridad ciudadana y aumento de violencia: necesidad de presencia policial por las noches y fin de semana, aumento consumo de drogas	Falta de espacios cerrados y cubiertos para actividades deportivas, de espacios verdes y zonas para caminar. Dispersión y acceso a zonas deportivas. Acondicionamiento e infrautilización	
	Mala red de carretera, carreteras estrechas, con muchas curvas y mal pavimentadas con alto peligro de accidentes.	Condiciones del gimnasio en Agaete. Falta de parque infantil en el Valle y las Nieves.	
	No hay espacios verdes ni parques suficientes para el ocio. Potenciar zonas de esparcimiento	Falta de cine y teatro en buenas condiciones en Gáldar	

	No hay suficientes parques infantiles, ni espacios deportivos. Piscina s municipales y privadas	Falta de espacios verdes y al aire libre en Gáldar	
	Necesidad de centros de ocio para la población juvenil.	Pocas oferta de actividades educativas y de ocio	
	Mejorar la gestión de las Asociaciones de vecinos como centros de participación	Existencia de violencia de género y entre adolescentes	
	Falta de recursos y mejor gestión y potenciación de los existentes (descentralizar, amplitud de horario).	Analfabetismo en personas mayores	
	Ausencia de Cajeros automáticos. No Acceso a Internet en Agaete	Personas mayores marginadas; personas con problemas de alcoholismo, drogas y paro;	
	Supresión de unitarias	Falta de control de padres con los hijos.	
	Escaleras de los barrancos mal conservadas y sin barandillas. Vallado de las laderas en mal estado	Falta de centros o mal gestionados para fomentar la relación social y participación, mayormente de trabajadores y jóvenes.	
	Insuficientes estacionamiento	Problemas de relación social	
Escolarización	Inducir talleres relacionado con la pesca o el turismo (Agaete)	Absentismo y abandono escolar (en especial hombres y jóvenes	
	Escasez de guarderías y escuelas infantiles (desplazamiento a núcleos urbanos lejanos)	Falta de cursos con fines laborales y actividades educativas	
	Falta de formación profesional (ciclos formativos)	Falta seguimiento de los alumnos marginales	
Vivienda	Pocas ayudas económicas	Falta de mantenimiento adecuado de las viviendas.	
	Humedades en algunas viviendas. Casas-cueva con deficiente aislamiento de humedad.	Problemas de humedades en Moya y San Nicolás	
	Acceso a viviendas población joven	Barreras arquitectónicas en viviendas (ausencia de ascensores).	
	Deterioro de las viviendas	Viviendas pequeñas.	

Alimentación	Falta de creación de Mercadillo municipal en Agaete	Carestía de productos básicos para dietas específicas (celiacos, diabetes)	
	Pocos supermercados en el pueblo (Agaete)	Precios elevados.	
	No promoción de comercios ni venta de productos locales	Ausencia de grandes superficies ni variedad de mercados; falta de competencia.	
	Carestía de alimentos. Falta conocimiento y de formación e información dietética (comida rápida y basura)		
	Alimentos frescos excesivamente caros		
Empleo y Seguridad social	Alta tasa de desempleo (Agaete)	Preocupación por la emigración ilegal.	Inestabilidad sobretodo en la agricultura en Guía
	Contratos precarios y bajo salario, contratos eventuales	Condiciones de trabajo dentro de la ilegalidad (contratación sin asegurar)	Doble jornada en Schamann
	Sobreexplotación laboral	Absentismo	
	No promoción de comercios y venta de productos locales, dependencia de sector primario (agricultura) y construcción	Falta de preparación	
	Recortes de Plantillas en la Fred Olsen, cierre de industrias (de flores en Agaete) o disminución de industrias (pesca)	Falta de información de ayuntamientos	
	Escasez de empresas	Accidentes laborales por manipulación de productos químicos.	
	Insatisfacción laboral: bajos salarios, personal agrícola, peones, personal de tiendas y supermercados.	Los inmigrantes realizan mayores jornadas de trabajo no remuneradas en su totalidad.	
	Bajas cuantías de las prestaciones. Bajas pensiones de jubilación y viudedad. Bajo subsidio por desempleo y de bajas laborales	Importe económico de las pensiones bajas, por edades tempranas de jubilación, prejubilación o incapacidad.	
	No Cotización anual en los de régimen agrario (Agaete)	Acoso laboral.	
	Mucha inseguridad laboral: posibles despidos		

	<p>por la crisis</p> <p>Sobreexplotación laboral</p> <p>Estrés</p> <p>Falta de trabajo para jóvenes. Emigración juvenil</p> <p>Trabajos de baja remuneración y sin asegurar</p> <p>Falta de alternativas de trabajos. Pocas expectativas de mejora o cambio de empleo</p> <p>Diferentes condiciones de trabajo para foráneos y locales (posibilidad de alojamiento).</p>		
Transporte	<p>Las líneas de Guaguas son muy escasas</p> <p>No líneas de transporte público directo para los pacientes hacia el centro de salud y atención especializada.</p> <p>Faltan medios de transporte adecuados que comuniquen barrios y municipios principales</p>		

ANEXO 10.- POBLACIÓN Y ZONAS BÁSICAS DE SALUD ADSCRITAS A LAS ÁREAS FUNCIONALES DE SALUD, NORTE Y SUR DE GG Y TF

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN

ZONA DE SALUD	POBLACIÓN HOSPITAL GENERAL			POBLACIÓN INFANTIL			POBLACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA			TOTAL
	Población >= 15	Población >= 65	Población >= 80	0 a 23 meses	2 a 5	6 a 14	Mujeres >= 15	Mujeres de 15 a 49	Mujeres de 50 a 69	
AGAETE	4.140	857	285				2.085	1.188	524	4.140
ALCARAVANERAS	23.702	5.630	1.598				12.771	6.504	3.862	23.702
ARUCAS	28.840	5.236	1.460				14.647	8.838	3.710	28.840
BARRIO ATLANTICO	16.440	2.160	398				8.410	5.111	2.579	16.440
CAIDEROS	602	193	60				270	120	79	602
CANALEJAS	26.176	5.313	1.604				14.120	7.938	3.907	26.176
CUEVAS TORRES	18.408	2.591	542				9.688	6.141	2.593	18.408
ESCALERITAS	22.334	4.667	1.420				11.715	6.282	3.309	22.334
FIRGAS	5.353	1.095	294				2.695	1.552	687	5.353
GALDAR	19.102	3.655	1.090				9.599	5.683	2.431	19.102
GUANARTEME	41.627	7.722	1.962				21.489	12.349	6.132	41.627
LA ISLETA	22.959	4.942	1.422				11.652	6.352	3.244	22.959
MOYA	5.589	1.254	382				2.784	1.536	739	5.589
SAN MATEO	5.512	1.084	294				2.719	1.579	731	5.512
SAN NICOLAS TOLENTINO	6.566	1.298	436				3.227	1.903	754	6.566
SANTA BRIGIDA	14.920	2.753	769				7.602	4.354	2.179	14.920
SANTA MARIA DE GUIA	11.312	2.272	748				5.747	3.326	1.453	11.312
SCHAMANN	18.762	4.235	1.250				9.872	5.048	2.937	18.762
TAMARACEITE	29.042	4.227	999				14.786	9.404	3.889	29.042
TEJEDA	1.486	363	131				674	347	175	1.486
TEROR	8.170	1.615	493				4.028	2.341	1.004	8.170
VALLESECO	2.709	637	193				1.291	707	325	2.709
	333.751	63.799	17.830	5.143	12.929	35.153	171.871	98.603	47.243	333.751

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL

ZONA DE SALUD	POBLACIÓN HOSPITAL GENERAL			POBLACIÓN INFANTIL			POBLACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA			TOTAL
	Población >= 15	Población >= 65	Población >= 80	0 a 23 meses	2 a 5	6 a 14	Mujeres >= 15	Mujeres de 15 a 49	Mujeres de 50 a 69	
AGAETE				59	157	425	2.085	1.188	524	2.726
AGUIMES	19.363	2.551	628	402	1.063	2.622	9.766	6.376	2.379	23.450
ALCARAVANERAS				293	650	1.946	12.771	6.504	3.862	15.660
ARGUINEGUIN	15.664	2.015	436	333	867	2.096	7.648	5.044	1.911	18.960
ARUCAS				514	1.391	3.528	14.647	8.838	3.710	20.080
BARRIO ATLANTICO				278	679	1.835	8.410	5.111	2.579	11.202
CAIDERS				0	0	4	270	120	79	274
CANALEJAS				436	1.011	2.672	14.120	7.938	3.907	18.239
CONO SUR	16.442	2.937	667	225	599	1.771	8.326	4.892	2.242	19.037
CUEVAS TORRES				414	1.003	2.746	9.688	6.141	2.593	13.851
ESCALERITAS				260	727	1.963	11.715	6.282	3.309	14.665
FIRGAS				68	184	565	2.695	1.552	687	3.512
GALDAR				290	725	2.241	9.599	5.683	2.431	12.855
GUANARTEME				712	1.634	3.895	21.489	12.349	6.132	27.730
INGENIO	25.470	3.481	855	481	1.185	3.070	12.691	8.158	3.118	30.206
JINAMAR	21.770	2.531	504	357	929	2.814	10.976	6.688	3.383	25.870
LA ISLEIA				321	784	2.205	11.652	6.352	3.244	14.962
LAS REMUDAS	11.481	1.926	510	202	564	1.485	5.973	3.733	1.412	13.732
MASPALOMAS	34.250	4.000	646	582	1.480	3.545	16.754	10.876	4.650	39.857
MILLER BAJO	26.626	4.946	1.324	320	871	2.733	13.586	7.620	3.803	30.550
MOYA				76	225	611	2.784	1.536	739	3.696
S BARTOLOME TIRAJANA	1.841	514	183	0	10	95	860	397	243	1.946
S JOSE (S CRISTOBAL)	20.909	4.024	1.009	250	724	1.991	10.604	5.897	3.030	23.874
SAN MATEO				76	220	536	2.719	1.579	731	3.551

ZONA DE SALUD	POBLACIÓN HOSPITAL GENERAL			POBLACIÓN INFANTIL			POBLACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA			TOTAL
	Población >= 15	Población >= 65	Población >= 80	0 a 23 meses	2 a 5	6 a 14	Mujeres >= 15	Mujeres de 15 a 49	Mujeres de 50 a 69	
AGAETE				59	157	425	2.085	1.188	524	2.726
AGUIMES	19.363	2.551	628	402	1.063	2.622	9.766	6.376	2.379	23.450
ALCARAVANERAS				293	650	1.946	12.771	6.504	3.862	15.660
ARGUINEGUIN	15.664	2.015	436	333	867	2.096	7.648	5.044	1.911	18.960
ARUCAS				514	1.391	3.528	14.647	8.838	3.710	20.080
BARRIO ATLANTICO				278	679	1.835	8.410	5.111	2.579	11.202
CAIDEROS				0	0	4	270	120	79	274
CANALEJAS				436	1.011	2.672	14.120	7.938	3.907	18.239
CONO SUR	16.442	2.937	667	225	599	1.771	8.326	4.892	2.242	19.037
CUEVAS TORRES				414	1.003	2.746	9.688	6.141	2.593	13.851
ESCALERITAS				260	727	1.963	11.715	6.282	3.309	14.665
FIRGAS				68	184	565	2.695	1.552	687	3.512
GALDAR				290	725	2.241	9.599	5.683	2.431	12.855
GUANARTEME				712	1.634	3.895	21.489	12.349	6.132	27.730
INGENIO	25.470	3.481	855	481	1.185	3.070	12.691	8.158	3.118	30.206
JINAMAR	21.770	2.531	504	357	929	2.814	10.976	6.688	3.383	25.870
LA ISLETA				321	784	2.205	11.652	6.352	3.244	14.962
LAS REMUDAS	11.481	1.926	510	202	564	1.485	5.973	3.733	1.412	13.732
MASPALOMAS	34.250	4.000	646	582	1.480	3.545	16.754	10.876	4.650	39.857
MILLER BAJO	26.626	4.946	1.324	320	871	2.733	13.586	7.620	3.803	30.550
MOYA				76	225	611	2.784	1.536	739	3.696
S BARTOLOME TIRAJANA	1.841	514	183	0	10	95	860	397	243	1.946
S JOSE (S CRISTOBAL)	20.909	4.024	1.009	250	724	1.991	10.604	5.897	3.030	23.874
SAN MATEO				76	220	536	2.719	1.579	731	3.551

HOSPITAL UNIVERSITARIO N^o S^a DE CANDELARIA

ZONA DE SALUD	POBLACIÓN HOSPITAL GENERAL			POBLACIÓN INFANTIL			POBLACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA			TOTAL
	Población ≥ 15	Población ≥ 65	Población ≥ 80	0 a 23 meses	2 a 5	6 a 14	Mujeres ≥ 15	Mujeres de 15 a 49	Mujeres de 50 a 69	
ADEJE	28.120	2.917	522	629	1.722	3.760	14.216	10.070	3.182	34.231
ANAGA	12.146	2.655	735	189	480	1.111	6.148	3.331	1.704	13.926
ARICO	4.237	936	262	75	129	381	2.078	1.151	566	4.822
ARONA COSTA I	20.176	2.257	463	432	1.029	2.128	10.242	6.987	2.463	23.765
ARONA COSTA II	18.675	2.038	345	460	1.128	2.672	9.312	6.271	2.384	22.935
ARONA VILAFLORES	18.868	2.529	615	376	991	2.566	9.426	6.194	2.305	22.801
ANAZA	8.411	669	143	216	540	1.181	4.441	3.114	1.077	10.348
BARRANCO GRANDE	29.650	3.755	895	793	1.886	4.488	15.311	10.203	3.577	36.817
B ^o DE LA SALUD	21.828	4.577	1.325	314	784	1.876	11.582	6.142	3.368	24.802
CANDELARIA	18.903	3.282	811	426	979	2.207	9.852	5.971	2.585	22.515
DUGGI CENTRO	16.923	3.746	1.172	317	799	1.794	9.401	5.119	2.598	19.833
EL ROSARIO - S ISIDRO	3.981	372	86	126	298	636	2.046	1.399	516	5.041
GRANADILLA	42.803	5.110	1.145	979	2.605	6.156	21.638	14.856	4.933	52.543
GUIA DE ISORA	15.634	2.368	543	312	810	2.025	7.867	4.952	1.999	18.781
GUIMAR	20.636	4.387	1.417	398	978	2.192	10.558	5.906	2.679	24.204
LOS GLADIOLOS	18.100	3.893	1.178	245	681	1.911	9.496	4.976	2.734	20.937
OFRA-DELICIAS	18.667	3.423	769	297	747	1.953	9.775	5.508	2.911	21.664
OFRA-MIRAMAR	12.292	2.628	753	142	352	1.034	6.470	3.426	1.866	13.820
PARQUE MARITIMO	12.109	2.593	700	140	343	901	6.553	3.553	1.860	13.493
SALAMANCA	9.830	2.632	937	132	392	774	5.264	2.511	1.532	11.128
SANTIAGO DEL TEIDE	5.321	968	209	86	268	628	2.738	1.655	735	6.303
TOSCAL CENTRO	17.034	3.742	1.118	254	577	1.538	9.241	4.900	2.716	19.403
	374.344	61.477	16.143	7.338	18.518	43.912	193.655	118.195	50.290	444.112

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

ZONA DE SALUD	POBLACIÓN HOSPITAL GENERAL			POBLACIÓN INFANTIL			POBLACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA			TOTAL
	Población >= 15	Población >= 65	Población >= 80	0 a 23 meses	2 a 5	6 a 14	Mujeres >= 15	Mujeres de 15 a 49	Mujeres de 50 a 69	
ICOD	25.819	5.721	1.605	416	937	2.493	13.147	7.122	3.597	29.665
LA CUESTA	19.152	3.522	1.008	280	787	1.957	9.928	5.676	2.751	22.176
LA GUANCHA	8.130	1.878	589	134	352	755	4.161	2.253	1.072	9.371
LA MATANZA	6.085	1.013	280	145	340	764	3.043	1.849	766	7.334
LA VERA	9.384	1.589	392	193	454	1.240	4.850	2.905	1.309	11.271
LA VICTORIA	7.339	1.414	361	100	191	537	3.669	2.159	955	8.167
LAGUNA FINCA-ESPAÑA	15.758	2.533	582	285	699	1.686	8.151	5.100	2.083	18.428
LAS MERCEDES	28.725	4.895	1.475	479	1.062	2.608	15.310	9.325	3.798	32.874
LOS REALEJOS	29.269	5.233	1.412	542	1.288	3.498	14.980	8.831	4.015	34.597
LOS SILOS	7.372	1.900	572	108	282	620	3.698	1.840	1.050	8.382
OROTAVA II - DEHESA	20.891	4.020	976	372	943	2.517	10.755	6.177	2.965	24.723
PUERTO II - BOTANICO	18.159	5.004	1.453	240	574	1.302	9.594	4.557	2.883	20.275
ROSARIO - GENETO	32.786	5.396	1.438	554	1.248	3.416	16.695	9.768	4.727	38.004
SAN ANTONIO	11.559	2.019	487	236	502	1.242	5.773	3.524	1.454	13.539
SANTA URSULA	10.517	1.668	425	243	565	1.268	5.375	3.254	1.434	12.593
TACO	21.207	3.721	892	290	779	1.863	10.677	6.062	3.153	24.139
TACORONTE	25.446	4.455	1.154	489	1.182	2.965	12.902	7.585	3.473	30.082
TEJINA - TEGUESTE	23.059	4.490	1.250	422	930	2.361	11.727	6.826	3.010	26.772
TOTAL	320.657	60.471	16.351	5.528	13.115	33.092	164.435	94.813	44.495	372.392

ANEXO 11

CONFERENCIA INSULAR DE SALUD DE LANZAROTE 2014

**(RELACIÓN DE PROBLEMAS PONDERADOS Y DESGLOSADOS POR
TIPO Y AGRUPADOS POR GRANDES CATEGORÍAS)**

- 1.- SALUD ENFERMEDAD POR GRUPOS DE EDAD**
- 2.- SALUD PÚBLICA**
- 3.- CALIDAD DE VIDA Y CONDICIONES DE TRABAJO**
- 4.- ASISTENCIA SANITARIA**
- 5.- ATENCIÓN SOCIO SANITARIA**

21 de octubre de 2014

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/502e1937-a86c-11e4-9053-9d1690bb437a/LZ_S2_P_PriorizadosCategorias_S_Salud.pdf

RELACIÓN DE PROBLEMAS PONDERADOS Y DESGLOSADOS POR TIPO Y AGRUPADOS POR GRANDES CATEGORIAS

01. Niños pequeños (Sesión 2)	Alergias	7,88
	Problemas respiratorios	7,13
	Enfermedades víricas	6,63
	Alimentación inadecuada	6,50
	Obesidad	5,00
	Otras (Contagio en las escuelas por falta de cuidadores en la casa y envían al niño enfermo al colegio)	0,13
02. Escolares (Sesión 2)	Obesidad	8,50
	Alimentación inadecuada	7,00
	Pediculosis	6,75
	Sedentarismo	6,63
	Higiene bucodental	6,38
	Asma	5,88
	Infecciones víricas	5,50
	Alergias	5,38
	Accidentes	3,88
Otras (SARNA)	0,63	
03. Jóvenes (Sesión 2)	Drogas	7,13
	Alimentación inadecuada	7,00
	Sedentarismo	7,00
	Tabaquismo	7,00
	Obesidad	6,38
	Alcoholismo	6,00
	Violencia en general	5,25
	Embarazos	4,88
	Anorexia-Bulimia-Vigorexia	4,75
	ETS	3,88
	Accidentes de tráfico	2,63
	Otras (Bulling, ciber acoso)	0,75
Otras (Bebidas estimulantes)	0,13	
04. Mujeres 25 ¿ 50 (Sesión 2)	Ansiedad-Estrés-Depresión	8,38
	Obesidad	7,75
	Ejercicio físico insuficiente	7,38
	Enfermedades psicológicas	6,38
	Alimentación inadecuada	6,25
	Cáncer de mama	5,13
	Violencia de género	4,88
	Diabetes	4,63
	Problemas osteoarticulares	4,38
	Hipertensión	4,00
	Cáncer	3,50
	Enfermedades cardiovasculares	3,50
	Drogas	3,00
	Alcoholismo	2,25
Menopausia	2,13	
Otras (Tabaquismo 6)	0,13	
05. Hombres 25 ¿ 50 (Sesión 2)	Alcoholismo	8,25
	Tabaquismo	7,75

	Obesidad	6,88
	Sedentarismo	6,75
	Drogas	6,50
	Enfermedades cardiovasculares	6,00
	Alimentación inadecuada	5,38
	Diabetes	4,75
	Hipertensión	4,38
	Problemas osteoarticulares	3,38
	Accidentes laborales	3,13
	Accidentes de tráfico	3,00
	Depresión	3,00
	Enfermedades mentales	2,63
	Problemas urológicos	2,38
06. Mujeres Mayores (Sesión 2)	Enfermedades osteoarticulares	8,63
	Soledad	7,38
	Diabetes	7,25
	Obesidad	7,25
	Problemas cardiovasculares	7,13
	Depresión	6,50
	Hipertensión	6,13
	Alimentación inadecuada	5,88
	Demencia	5,75
	Osteoporosis	5,63
	Aparato locomotor	5,38
	Dislipemia	5,25
	Incontinencia urinaria	5,25
	Enfermedades mentales	4,75
	Aislamiento	4,50
Otras (mantenimiento económico familiar, cáncer.)	1,25	
Otras (Violencia doméstica psicológica)	0,88	
Otras (CANCER)	0,13	
07. Hombres Mayores (Sesión 2)	Problemas cardiovasculares	8,25
	Enfermedades de próstata	7,13
	Alcoholismo	6,88
	Diabetes	6,13
	Enfermedades osteoarticulares	5,88
	Demencia	5,75
	Cáncer	5,50
	Hipertensión	5,38
	Disfunción sexual	5,25
	Dislipemia	5,13
	Enfermedades respiratorias	5,13
	Obesidad	4,63
	Tabaquismo	4,50
Soledad	3,88	
Enfermedades mentales	3,25	
08. Agua Potable (Sesión 2)	Precio excesivo del agua	8,38
	Baja calidad del agua	7,13
	Red incompleta de abastecimiento	4,13
	Falta coordinación con otros estamentos	4,00
	Otras (tratamiento y dureza del agua)	1,00
	Otras (Baja calidad de la red de agua)	0,13

	Otras (Cortes de agua en verano sin aviso previo)	0,13
09. Agua Residual (Sesión 2)	Red Incompleta de abastecimiento	6,75
	Baja calidad del agua	6,00
	Precio excesivo del agua	4,50
	Falta coordinación con otros estamentos	3,63
	Otras (Baja calidad de la red)	0,13
	Otras (No existe tratamiento de aguas residuales y hay problemas de infraestructura en estaciones de bombeo. Los problemas existentes en el año 2008 continúan iguales.)	0,13
10. Recogida Basuras (Sesión 2)	Falta educación y actitud de la población	8,25
	Mejorar recogida para reciclaje	8,25
	Contenedores insuficientes	6,25
	Falta de mantenimiento contenedores	5,38
	Falta punto limpio	4,25
	Otras (Escasa frecuencia de recogida en verano)	0,13
	Otras (No existe recogida de agujas de diabéticos.)	0,13
11. Ratas e Insectos (Sesión 2)	Existencia de plagas de cucarachas	6,75
	Existencia de pulgas y mosquitos	4,88
	Existencia de ratas	4,75
	Existencia de hormigas	4,00
	Otras (arañas)	1,00
12. Contaminación Amb. (Sesión 2)	Contaminación electromagnética	5,63
	Excrementos animales y granjas	5,00
	Contaminación acústica	4,63
	Contaminación por malos olores	4,25
	Contaminación por humos	3,88
	Vertidos de talleres	1,25
	Otras (Excrementos de perros en la calle)	0,25
	Otras (Vertedero de Zonzamas)	0,13
13. Accidentes (Sesión 2)	Falta de educación vial	7,50
	Problemas relacionados con las aceras	7,50
	Mal estado de carreteras	6,38
	Insuficiencia del alumbrado	6,00
	Conducción temeraria	5,38
	Problemas de señalización viaria	5,13
	Pasos de peatones	5,00
	Animales sueltos	2,88
	Desprendimientos	1,00
	Otras (Falta educación vial niños en bicicletas)	0,38
Otras (Pasos de peatos sin iluminación)	0,13	
14. Falta Espac. Verdes.. (Sesión 2)	Escasa oferta de ocio para jóvenes	8,00
	Faltan parques/espacios verdes	7,88
	Faltan centros deportivos	6,25
	Faltan centros culturales	5,75
	Falta mantenimiento	4,88
	Otras (El parque infantil de la zona "Los Alonsos" está sucio por falta de educación de la población)	0,13

15. Escolarización (Sesión 2)	Problemas de infraestructuras	7,63
	Faltan guarderías	7,13
	Masificación	6,50
	Escasez de personal educativo	5,75
	Ausencia de ludotecas	4,88
	Escasez de oferta educativa	4,38
	Absentismo escolar	3,00
16. Vivienda (Sesión 2)	Barreras arquitectónicas	8,25
	Humedades en las viviendas	7,75
	Falta de mantenimiento viviendas	6,50
	Falta de limpieza de hogares	4,88
	Hacinamiento	4,25
17. Cadena Alimentaria (Sesión 2)	Elevado precio de cesta de la compra	9,75
	Faltan hábitos alimentarios	8,75
	Falta de variedad alimenticia	7,00
	Problemas con la cadena alimentaria	6,50
18. Otros Probl. Serv. Salud (Sesión 2)	Mala utilización servicios de salud	8,00
	Faltan recursos humanos	6,63
	Faltan infraestructuras adecuadas	5,50
	Listas de espera	5,50
	Dotación de medios materiales escasa	4,63
	Falta formación específica sanitaria	3,13
	Otras (Mala infraestructura del C.L. de Haría)	0,13
19. Existencia centros (Sesión 2)	Centros de día	8,13
	Centros para mayores	7,25
	Guarderías infantiles	6,63
	Centros de ocio	4,50
	Escuelas infantiles	3,63
	Centros de salud	2,88
	Otras (Precariedad en el C.S. Yaiza; muy pequeño y no intimidad por falta de Consultas)	0,13
20. Situación Empleo (Sesión 2)	Aumento del desempleo	9,75
	Eventualidad del empleo	9,00
	Ansiedad / Estrés	8,25
	Precariedad laboral	8,13
	Economía sumergida	7,63
	Falta de formación laboral	6,13
21. Condiciones Trabajo (Sesión 2)	Aumento desempleo distintos sectores	9,25
	Economía sumergida	8,75
	Precariedad de condiciones laborales	8,13
	Explotación inmigrantes	6,25
22. Seguridad Social (Sesión 2)	Pensiones muy bajas	9,00
	Prestaciones insuficientes	7,88
	Alta dependencia del pensionista	7,63
	Alto número de bajas laborales	5,00
23. Satisfacción en el Trabajo (Sesión 2)	Inestabilidad laboral	9,13
	Estrés / Ansiedad	8,38
	Insatisfacción laboral	7,75
	Desmotivación laboral	7,38
24. Exist. Solidaridad (Sesión 2)	Violencia de género	6,13
	Violencia juvenil	5,88

	Inseguridad ciudadana	4,63
	Insolidaridad	4,38
	Otras (Falta trabajar Valores como Solidaridad, Voluntariado y Hábitos Insanos)	0,13
	Otras (Exites miedo por el desconocimiento de los medios de los que se dispone)	0,13
25. Medios en el barrio (Sesión 2)	Ausencia de medios económicos	8,13
	Ausencia de ideales	7,25
	Falta de medios personales	7,13
	Ausencia de infraestructuras	5,88
	Otras (Desmotivación)	0,13
26 Otros (Sesión 2)	Aumento de personas sin recursos	9,50
	Problemas de transporte público	7,13
	Problemas de atención sanitaria	5,50
	No se han identificado problemas	0,13
	Otras (Problemas de atención sanitaria pero de Especializada.)	0,13
	Otras (Gran dispersión geográfica del municipio.)	0,13
	Otras (En Yaiza al no haber Centro abierto por la tarde, supone trasladarse a Playa Blanca o Tías)	0,13
27. Asist.Sanit. ZBS (Sesión 2)	Hiperfrecuentación	6,38
	Falta de tiempo a la atención paciente	5,75
	Falta personal sanitario	5,13
	Masificación servicios sanitarios	4,88
	Faltan infraestructuras	3,88
	Listas de espera	2,38
	Falta personal sanitario	1,75
	Otras (Infraestructuras Insuficientes en CS Haría y Yaiza)	0,25
	Otras (Falta de educación sanitaria)	0,13
28. Asist.Sanit. Hospital (Sesión 2)	Listas de espera	9,63
	Falta coordinación A.P. / A.E.	7,75
	Faltan recursos humanos	6,38
	Faltan recursos materiales	4,63
29. Asist Sanit Urgencias (Sesión 2)	Mal uso de los servicios de urgencias	9,13
	Masificación	8,25
	Recursos humanos insuficientes	6,00
	Falta coordinación A.P. / A.E.	5,50
	Faltan ambulancias	4,75
	Déficit en infraestructuras	3,38
	Otras (Masificación en Urg. Hospitalarias)	0,13
31. Transporte (Sesión 2)	Ambulancias	4,75
	Deficiencia en el transporte público	7,75
	Deficiencias del transporte sanitario	3,75
	Otras (Mal acceso de coches para entrar en CS Mala)	0,38
	Otras (Falta Rampa Acceso en CL Haría)	0,25
	Otras (Falta de transporte interno en Haría)	0,13
	Otras (No hay guagua cada hora sino tres al día)	0,13
32. Otros Problem. ZBS (Sesión 2)	Falta educación sanitaria	7,63

	Recursos humanos insuficientes	7,13
	Infraestructuras inadecuadas	4,50
	Problemas de atención sociosanitaria	4,25
	Faltan recursos materiales	4,13
	Problemas de acceso al centro	3,75
30. Asit. Salud Mental (Sesión 2)	Listas de espera	7,38
	Recursos humanos insuficientes	6,75
	Infraestructuras insuficientes	4,88
	Falta coordinación A.P. / A.E.	4,13
33. Asit. Sociosanitaria (Sesión 2)	Faltan centros para atención pacientes dependientes	8,63
	Escasez recursos sociosanitarios	8,13
	Listas de espera	6,75
	Recursos materiales insuficientes	5,13
	Falta personal atención domiciliaria	4,88
34. Asit. Serv. Sociales (Sesión 2)	Falta de recursos económicos	8,25
	Masificación de los servicios	7,50
	Falta de recursos humanos	5,75
	Mala coordinación entre servicios	3,13
35. Aten. Drogodependientes (Sesión 2)	Faltan programas de prevención	6,25
	Faltan centros específicos	6,13
	Falta atención a la drogodependencia	4,88
	Otras (Atención al alcoholismo)	1,38
36. Otr. Problem. Serv. Sociales (Sesión 2)	Burocratización necesidades sociales	8,25
	Faltan ayudas de primera necesidad	8,13
	Faltan recursos económicos	7,38
	Escasez de voluntariado	7,25
	Otras (No hay cultura de voluntariado)	0,13
	Otras (Mayor demanda de necesidades y disminución de presupuestos para cubrir las.)	0,13

ANEXO 12.- PROYECTO DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2015-2017. OBJETIVOS GENERALES, ESTRUCTURA Y DETERMINACIONES PRIORIZADAS (CONSEJERÍA DE SANIDAD, 2015)310.

1.- OBJETIVOS GENERALES

1. Reducir el impacto de los determinantes de la salud en la población de Canarias y mejorar la capacidad del Sistema Canario de Salud para prevenir la enfermedad, y promocionar y proteger la salud.
2. Potenciar el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud y que trabaje en clave poblacional.
3. Potenciar herramientas para la gestión de la información y del conocimiento que incremente la masa crítica profesional, investigadora y ciudadana. Ello contribuirá a generar las dinámicas de innovación y cambio que el Sistema Canario de Salud demanda, para hacerlo más eficiente, eficaz, equitativo, humano y sostenible.
4. Promover la colaboración con otras organizaciones, instituciones y departamentos del Gobierno de Canarias para la utilización y desarrollo de los instrumentos jurídico-administrativos y político-sociales disponibles y necesarios para la acción participativa por el desarrollo de la salud y la calidad de vida de la población y en los ámbitos territoriales y competenciales correspondientes.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.
2. Introducción del principio de la Salud en todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud.
3. Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes.
4. Desarrollar el Sistema Canario de Salud orientado hacia la mejora de la Integración Asistencial, con un balance óptimo entre la Atención Primaria, Especializada, Socio Sanitaria, Salud Pública, Salud Laboral, Salud Mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes, el ámbito materno-infantil, y realizando actuaciones en función de agregación por riesgo.
5. Potenciar una Atención Primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad.
6. Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y personalización, coordinada con la Atención Primaria.
7. Incidir en las Agendas de Investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población, que evalúe las nuevas formas de organización de la asistencia y analice su repercusión en la calidad de las prestaciones y en la salud de la población así como fomentando la innovación como forma de retorno de los recursos a la Comunidad.

8. Incidir en las agendas de formación de profesionales, para el desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.
9. Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del III Plan de Salud de Canarias para el desarrollo de una nueva racionalidad en el proceso de información y de la toma de decisiones y para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad.
10. Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención sociosanitaria, disminuyendo la burocracia de las diferentes acciones, estableciendo circuitos más ágiles y de priorización que faciliten el intercambio de información necesaria para la correcta atención entre los diferentes recursos definiendo un conjunto mínimo de datos de este sector para su visualización por parte de los interesados.
11. Reforzar las relaciones de colaboración con la Consejería de Educación, a nivel central del Gobierno de Canarias, y con la comunidad educativa en los territorios insulares, municipales y de Zona Básica de Salud, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma.
12. Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas con Ayuntamientos y Cabildos Insulares, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma.
13. Promover la cooperación interinstitucional con las Universidades de Canarias y otras instituciones, entidades públicas y privadas, departamentos del Gobierno de Canarias y del Estado, estableciendo cauces participativos y acuerdos de colaboración para la formación e investigación.

3.- ESTRUCTURA, OBJETIVOS Y DETERMINACIONES PRIORIZADAS DEL III PLAN DE SALUD

El III Plan de Salud plantea la intervención en tres grandes Ámbitos de Intervención y uno de Colaboración, que se desarrollan en 10 Áreas de Impacto y 4 de Colaboración respectivamente. Las Áreas de Impacto son identificadas como aquellas en las que han de focalizarse las 31 Líneas de Actuación (20 NAD y 11 ND) que se concretarán luego en los Planes Estratégicos y Programas Anuales de Gestión Convenida de las correspondientes Gerencias, Direcciones Gerencias, y en su caso de los servicios de las Direcciones de Áreas de Salud y a desarrollar como compromisos de acción a ejecutar por los centros y servicios del Servicio Canario de la Salud.

Por otro lado, las Áreas de Colaboración con otras instituciones, organizaciones y departamentos del Gobierno de Canarias o del Estado, se desarrollan en 14 Líneas de Colaboración (12 ND y 2 NAD) que constituyen áreas operativas para concentrar la cooperación intersectorial e interinstitucional de la Consejería de Sanidad, en los ámbitos

comunes de implicación en el desarrollo de la salud de la población canaria y de la participación en la gestión de los servicios sanitarios y socio-sanitarios, según establece la normativa vigente.

Esta priorización del Plan de Salud se establece en dos niveles de determinación vinculantes: las Normas de Aplicación Directa (NAD) y las Normas Directivas (ND).

A continuación se relacionan los Ámbitos de Intervención con sus correspondientes Áreas de Impacto y Líneas de Actuación priorizadas como NAD: Relación de las Líneas de Actuación priorizadas como Normas de Aplicación Directa.

3.1.- ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN, ÁREAS DE IMPACTO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

3.1.1.- ÁMBITO DE INTERVENCIÓN I: Influir sobre los determinantes de la salud

Área de Impacto 1: Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.

- LA-1.1. Potenciar programas para promoción del ejercicio físico y alimentación saludable (NAD)
- LA-1.2. Promoción de la salud infanto-juvenil (NAD)

Área de Impacto 2: Introducción del principio de la Salud en Todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud

- LA-2.1. Fortalecer y estimular los espacios y los órganos de participación ciudadana del Servicio Canario de la Salud (NAD)
- LA-2.2. Dar difusión de los objetivos de los Programas de Gestión Convenida en los Consejos de Salud. (ND)

Área de Impacto 3: Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema a las políticas de salud emergentes

- LA-3.1. Alinear los objetivos de los servicios de salud pública de las Direcciones de Área en los Programas de Gestión Convenida (NAD)
- LA-3.2. Avanzar en una mayor coordinación de los profesionales de Salud Pública del Área de Salud con la Atención Primaria y Especializada (NAD)
- LA-3.3. Establecer protocolos de actuación ante contingencias, alertas sanitarias, desastres y pandemias, en todos los centros y estructuras del Sistema Canario de Salud. (ND)

3.1.2.- ÁMBITO DE INTERVENCIÓN II: Potenciar el Sistema Canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.

Área de Impacto 4: Desarrollar el Sistema Canario de la Salud orientado hacia la mejora en la integración de servicios, con un balance óptimo entre Atención Primaria, Especializada, Salud Pública Salud Laboral y Salud Mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes.

- LA-4.1. Orientar el modelo de provisión para una gestión eficaz y eficiente de las enfermedades crónicas (NAD)
- LA-4.2. Orientar los Programas de Gestión Convenida GC en función de resultados/eficiencia, desarrollando equipos que promuevan la integración entre niveles asistenciales y la gestión participativa (NAD)
- LA-4.3. Optimización, incremento de la eficiencia, de la calidad y de la productividad de todos los recursos sanitarios públicos disponibles, incluyendo la red concertada (NAD)
- LA- 4.4. Evaluar las guías de práctica clínica, programas y protocolos sanitarios de las patologías más prevalentes (ND)
- LA-4.5. Adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria, al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos, e instituciones responsables, y potenciando la atención domiciliaria integrada. (NAD)
- LA-4.6. Profundizar en la gestión de la oferta asistencial (NAD)
- LA-4.7. Implantar modelos de estratificación de riesgo (NAD)
- LA-4.8. Desarrollo de un Plan Integral de Urgencias Sanitarias (ND)

Área de Impacto 5: Potenciar una Atención Primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad.

- LA-5.1. Facilitar la accesibilidad de pacientes agudos a unos servicios más rápidos, resolutivos y de calidad (ND)
- LA-5.2. Mayor acceso del profesionales a pruebas diagnósticas y prestaciones, y mejorar tiempos de respuesta en determinadas patologías. (NAD)
- LA-5.3. Evaluación periódica de la utilización de pruebas complementarias (ND)
- LA-5.4. Potenciar la formación de “pacientes activos” (ND)

Área de Impacto 6: Enfocar una Atención Especializada hacia la eficiencia y la personalización, coordinada con la Atención Primaria.

- LA-6.1. Facilitar la creación Unidades de Gestión Clínica (NAD)
- LA-6.2. Uso intensivo y eficiente de las tecnologías para resolución asistencial rápida eficiente, que contribuyan a la disminución de las listas de espera (ND)
- LA-6.3. Potenciar la figura del especialista consultor de referencia en las especialidades con problemas de salud más prevalentes, coordinados con la Atención Primaria, para garantizar una mejor continuidad asistencial y de cuidados (NAD)

3.1.3.- ÁMBITO DE INTERVENCIÓN III: Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del Sistema a las necesidades y demandas de la población y los profesionales.

Área de Impacto 7: Incidir en las Agendas de Investigación privilegiando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población y del sistema sanitario.

LA-7.1. Priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, mentales y profesionales (ND)

LA-7.2. Desarrollar Plan Estratégico de Investigación Sanitaria (NAD)

Área de Impacto 8: Incidir en las Agendas de Formación de profesionales para el desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.

LA-8.1. Desarrollo de una estrategia específica de Formación Permanente, para la capacitación de los profesionales del Servicio Canario de la Salud (NAD)

LA- 8.2. Formación en epidemiología aplicada a la planificación y la gestión (ND)

Área de Impacto 9: Potenciar las tecnologías de la información y de la comunicación que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios.

LA-9.1. Potenciar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en los procesos asistenciales para favorecer la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención (NAD)

LA-9.2. Asegurar que los sistemas de información existentes apoyan la integración entre niveles (ND)

LA-9.3. Culminar la incorporación de la HC electrónica y compartida AP-AE (NAD)

Área de Impacto 10: Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del III Plan de Salud de Canarias para el desarrollo de una nueva racionalidad en el proceso de información y de la toma de decisiones y para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad.

LA-10.1. Orientación del sistema de información en salud hacia un modelo integrado, homogéneo y georreferenciado de Sistema de Soporte de Decisiones (SSD) del Servicio Canario de la Salud, en sus diferentes esferas territoriales (CCAA, Área de Salud y ZBS) (NAD)

LA-10.2. Desarrollo de una estrategia de comunicación en salud para la población general, usuaria, y de los propios profesionales, integrando la información relevante sobre el estado de salud y la gestión sanitaria, para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad pública (NAD)

3.2.- ÁMBITO DE COLABORACIÓN, ÁREAS Y LÍNEAS DE COLABORACIÓN.

3.2.1.- Área de colaboración sociosanitaria:

- LC-1.1. Colaborar con organismos e instituciones buscando la complementariedad de las acciones del sistema sanitario y de otros sistemas de protección social, en el ámbito sociosanitario. (ND)
- LC-1.2. Apoyo a la atención a la Salud Mental, aumentando la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) (NAD)

3.2.2.- Área de colaboración en Educación

- LC-2.1. Refuerzo de la colaboración con la Consejería de Educación a través del programa de Salud Escolar, Aulas Promotoras de Salud, y otras acciones de formación y educación sanitaria (ND)
- LC-2.2. Colaborar con La Consejería de Educación en el asesoramiento y gestión de los comedores escolares (ND)
- LC-2.3. Colaborar en la puesta en marcha de iniciativas que contribuyan a la consecución de los objetivos de la Estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (ND)

3.2.3.- Área de colaboración con Ayuntamientos y Cabildos:

- LC-3.1. Reactivación de los acuerdos-marco promovidos entre la Consejería de Sanidad y los Ayuntamientos de Canarias, para el desarrollo de la Red Canaria de Municipios Saludables (ND)
- LC-3.2. Potenciar acciones formativas con Ayuntamientos y cabildos dirigidas a la promoción de la salud, y en particular, reducir las adicciones (ND)
- LC-3.3. Potenciar los esfuerzos en la acción interinstitucional e intersectorial, dedicados a atender, proteger y promover la salud de las personas y colectivos más vulnerables, desfavorecidas y en situación de exclusión social (NAD)

3.2.4.- Área de colaboración con las Universidades y otras instituciones, organizaciones:

- LC-4.1. Potenciar la colaboración con las Universidades de Canarias (ND)
- LC-4.2. Potenciar la colaboración entre la red asistencial de las oficinas de Farmacia (ND)
- LC-4.3. Establecimiento anual de los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas en los Planes Estratégicos de cada una de las Direcciones de Áreas de Salud. (ND)
- LC-4.4. Apoyar la colaboración con los Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias y con las sociedades científicas (ND)
- LC-4.5. Promover la coordinación con los diferentes departamentos de la Consejería de Agricultura Ganadería Pesca y Aguas, del Gobierno de Canarias (ND)
- LC-4.6. Reforzar la colaboración con las Asociaciones de Pacientes y familiares (ND)

ANEXO 13.- TABLAS DE MATRICES DE OPERACIONES POR PROBLEMAS PRIORIZADOS EN ALGUNAS CONFERENCIAS INSULARES DE SALUD

LANZAROTE

Tabla 1.- Cuadro xx y XX: Muestra de relación de acciones propuestas en los talleres de la etapa local de la **Conferencia Insular de Lanzarote**, distribuidas por su correspondencia con los dos principales problemas priorizados de **asistencia sanitaria** y alineadas con las 31 Líneas de Actuación de las 10 Áreas de Impacto (A.I./L. A.) y las 14 Líneas de Colaboración (A.C./L. C.) de las 4 Áreas Colaboración del Proyecto del III Plan de Salud 2014-2017, con indicación de su referencia en el PGC y PEA.

4.- PROBLEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA

Prior.	PROBLEMAS	OPERACIONES (Acciones)	A.I. / L.A.***										A.C./L.C.****			PGCs		P.E.A.****								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	SI	NO	SI	NO						
1	Listas de espera (consultas especializada, pruebas) [88]9999	Potenciar o continuar la Cirugía Menor y aumentando la formación en Atención Primaria										2								X						
		Potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria, realizar sesiones monográficas diarias / quirófano específico para CMA diario. Reorganizar el funcionamiento actual.											2								X					
		Optimización de recursos estructurales. Consultas externas abrir por las tardes, también quirófanos de tarde, no con jornada extraordinaria, sino con turnicidad de todos los profesionales, como se realiza en AP. Turnos Tarde al menos una vez a la semana											3								X					
		Protocolos de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, para altas precoces, ingresos puntuales, coordinación de consultas múltiples en pacientes con pluripatologías, para pruebas diagnósticas y consultas.											3	1							X					
		Mayor cumplimentación de la historia clínica electrónica. Control de peticiones a través de programa informático, para optimizar la petición de pruebas, no duplicidades según distintos especialistas (analíticas repetidas, en poca distancia de tiempo...)	1																		X					
		Potenciar la figura del especialista consultor en Atención Primaria y gestionar el tiempo del profesional de otra forma, para que participe más, asista a sus consultas y adquiera más conocimientos y calidad a sus derivaciones. Responsable: Dirección médica AP - AE. Plazo: 1 año.																			X					
		Posibilitar a Médico AP solicitar/realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía,...), adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo: 1 año																			X					
		Peonadas (apertura de CCEE fuera de su jornada ordinaria). Responsable: Gerencia. Plazo: 1 año.																				3		X		
		Aumento concierto con entidades externas privadas. Responsable: Gerencia y dirección AP. Plazo: 1 año(a corto plazo)																					3		X	
		Potenciar que el criterio del médico de familia sea válido para el especialista - Gerencia - 1 año																								2
Mejorar la gestión de consulta de especializada de Primaria. - Gerencia - 1 año																								2		
		Mayor coordinación entre este Hospital y el de referencia. - Gerencia - 1 año.																						X		
		Educación y protocolizar a la ciudadanía en cuanto al ámbito sanitario (costes) - Gerencia - 1 año																						X	X	
		Desplazamiento de especialistas del Hospital de referencia a nuestro hospital - Gerencia - 1 año																						X		
		Hacer un muro de Facebook del Consejo de Salud de Haría, donde cualquier ciudadana pueda aportar ideas o iniciativas para abordarlas en el Consejo, y haciendo una carta de presentación / invitación para colgarla en el muro.	1																					X		
		Hacer tableros de anuncios y buzones de sugerencias para poner en el centro de salud, colegios, ayuntamiento y asociaciones de vecinos con sugerencias de los ciudadanos y proyectos del consejo. Consensuar un logo que identifique al Consejo de Salud de Haría en todas las comunicaciones y/o documentos que emanen del mismo.	1																					X		
		Incluir en la hoja del municipio un apartado donde se recojan las actividades y los proyectos acordados en las reuniones del Consejo de Salud.	1																					X		
		Depurar el censo de las asociaciones existentes en la zona, identificando a las funcionantes, para darles a conocer lo trabajado en el consejo y que aporten iniciativas	1																					X		
		Hacer sesiones clínicas. Responsable: Director y Subdirectora de Z.B.S. Plazo: 2 meses																						X		
		Hacer encuestas de calidad, habría que poner a alguien para realizar esta función. Responsable: Unidad Técnica de Atención Primaria Plazo: 3 meses																						X		
		Estadística para monitorizar las listas de espera y así también el nº de enfermos. Responsable: Unidad técnica Plazo: 3 meses																						X		
2	Mal uso de servicio de urgencias [47]	Optimización de recursos estructurales. Consultas externas abrir por las tardes, también quirófanos de tarde, no con jornada extraordinaria, sino con turnicidad de todos los profesionales, como se realiza en AP. Turnos Tarde al menos una vez a la semana																						X		
		Programación de citas de consultas con mayor antelación (No llamar 2-3 días), sino que el paciente pueda llevarse la cita desde que sale de la consulta. Mayor posibilidad de gestión del paciente de su propia cita (según su día libre, su turno de trabajo).																							X	
		Posibilitar a Médico AP solicitar/realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía,...), adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo: 1 año																							X	

Tabla 3-4.-: Muestra de relación de los cinco problemas percibidos y priorizados de **asistencia sanitaria en Lanzarote** y de las acciones propuestas en los **talleres (T)**, en las **relatorías (R)** y en los debates de los **plenarios (P)** de la etapa insular –Conferencia Insular - ordenadas por las estimación de efectividad (capacidad potencial de impacto) sobre los problemas.

4- PROBLEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA

R / A.4	OPERACIONES (Acciones)		Listas de espera (consultas especializada, pruebas) [88]	Mal uso de servicio de urgencias [47] Masificación (en general, de urgencias extrahospitalaria, urgencias [43]	Falta de tiempo para la Atención al Paciente []	Recursos humanos insuficientes [43]	Falta de educación sanitaria [28]	TOTAL
	Mejorar la gestión de las reclamaciones, en cuanto a respuestas eficaces desde la administración sanitaria, y promover la implicación de los Consejos de Salud dando conocimiento e información a través de los Consejos de Salud de Zona Básica y de Área de Salud y de la Comisión de Participación Hospitalaria.	P	XX	XX	XX	XX	XX	10
	Reorganizar citas en pacientes pluripatológicos	R	XXX	XX	XX	X	XX	10
	Entrenamiento en gestión del tiempo a todo el personal sanitario y no sanitario	R	XX	XX	XXX	XX	X	10
	Potenciar la coordinación AP con AE, contemplando la figura del Coordinador AP-AE, que establecería una relación directa con el paciente a nivel de protocolo de lista de espera y de gestión de problemas desde el punto de vista multidisciplinar.	R	XXX	XX	XXX	X	X	10
	Utilización de las instalaciones y equipos de los servicios sanitarios públicos, y particular de los hospitales, en jornadas de tarde	P	XXX	XX	X	XX	X	9
	Adecuar las agendas según patología	R	XX	X	XX	X	XX	8
	Optimización de recursos	R	XX	XX	XX	X	X	8
	Programación de cita de consultas con mayor antelación	R	XX	XX	XX	X	X	8
	Mayor potenciación de la resolución en M.A.P	R	XXX	XX		X	X	7
	Potenciar la educación, sensibilizando pacientes y familiares para renovar la confianza en los	R	XX	XX		X	XX	7

4- PROBLEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA

	OPERACIONES (Acciones)		Listas de espera (consultas especializada, pruebas) [88]	Mal uso de servicio de urgencias [47]	Masificación (en general, de urgencias extrahospitalaria, urgencias [43]	Recursos humanos insuficientes [43]	Falta de educación sanitaria [28]	TOTAL
II	Optimización de recursos estructurales. Consultas externas abrir por las tardes, también quirófanos de tarde, no con jornada extraordinaria, sino con turnicidad de todos los profesionales, como se realiza en AP. Turnos Tarde al menos una vez a la semana	T	XXX	XX	XX	X		8
II	Protocolos de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, para altas precoces, ingresos puntuales, coordinación de consultas múltiples en pacientes con pluripatologías, para pruebas diagnósticas y consultas.	T	XX	XX	XX	X	X	8
II	Educación y protocolizar a la ciudadanía en cuanto al ámbito sanitario (costes) - Gerencia - 1 año	T	X	XX	XX	X	XX	8
II	Hacer encuestas de calidad, habría que poner a alguien para realizar esta función. Responsable: Unidad Técnica de Atención Primaria Plazo: 3 meses	T	XX	XX	XX	X	X	8
II	Posibilitar a Médico AP solicitar/realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía...), adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo: 1 año	T	XXX	XX	XX			7
II	Hacer sesiones clínicas. Responsable: Director y Subdirectora de Z.B.S. Plazo: 2 meses	T	XX	XX	XX	X		7
II, III	Programación de citas de consultas con mayor antelación (No llamar 2-3 días), sino que el paciente pueda llevarse la cita desde que sale de la consulta. Mayor posibilidad de gestión del paciente de su propia cita (según su día libre, su turno de trabajo).	T	XX	XX	XX		X	7
I	Hacer tabloneros de anuncios y buzones de sugerencias para poner en el centro de salud, colegios, ayuntamiento y asociaciones de vecinos con sugerencias de los ciudadanos y proyectos del consejo. Consensuar un logo que identifique al Consejo de Salud (de Haaria) en todas las comunicaciones y/o documentos que emanan del mismo.	T	X	XX	X	X	X	6

Tabla 3-4.-: Muestra de relación de los tres problemas percibidos y priorizados de **salud - enfermedad en Lanzarote** y de las acciones propuestas en las **relatorías (R)** y en los debates de los **plenarios (P)** de la etapa insular –Conferencia Insular - ordenadas por las estimación de efectividad (capacidad potencial de impacto) sobre los problemas.

1.- PROBLEMAS DE SALUD – ENFERMEDAD - CUIDADOS

R / A- ¹	OPERACIONES (Acciones)		Obesidad [43] ¹ Sedentarismo [34] Alimentación inadecuada [33]	Enfermedades cardiovasculares [42]	Ansiedad. Stress. Depresión. (algunos hacen hincapié en su relación con la crisis y en las mujeres más jóvenes) [33]		TOTAL
	Promover la actividad física, tanto en edad infantil como en adultos, como medio hacia el bienestar físico y mental. Tomar parte activa en el proceso.	R	XXX	XX	XX		7
	Promover la participación ciudadana en las actividades de la comunidad.	R	XX	XX	XX		6
	Talleres de alimentación, charlas y concursos de comida (para todos los grupos de edad) impartidas por profesionales de la salud	R	XXX	XX	X		6
	Fomentar coordinación entre AP-AE, así como la implicación de Servicios Sociales, Educación, Deporte, Cultura....	R	XX	XX	X		5
	Facilitar acceso a Psicoterapia individual/grupal (en todos los grupos de edad) incluso en el ámbito de Atención Primaria (asistencia del Psicólogo /Psiquiatra al Centro de Salud). (Especialista consultor. Propuesta: Informar sobre cada paciente previa consulta con el especialista).	R	X	X	XXX		5
	Campañas de sensibilización-prevención (alimentación, estilos de vida saludables, pruebas de screening protocolizadas y darlas a conocer, protección solar,...). Dar a conocer datos básicos de la enfermedad (desmitificar).	R	XX	XXX			5
	Potenciar el apoyo a las personas que han superado la enfermedad; fomentando la creación de grupos de apoyo personas que compartan su experiencia.	R		XX	XXX		5

¹ R / A- (R= Aportaciones de los grupos de trabajo en la Conferencia-Relatorías; A-= Aportaciones de)

3

R / A- ¹	OPERACIONES (Acciones)		Obesidad [43] ¹ Sedentarismo [34] Alimentación inadecuada [33]	Enfermedades cardiovasculares [42]	Ansiedad. Stress. Depresión. (algunos hacen hincapié en su relación con la crisis y en las mujeres más jóvenes) [33]		TOTAL
	implicación de Psicología y otros sanitarios....						
	Promover la participación (ideas, propuestas,...) ciudadana a través de la presencia de buzón de sugerencias. Conocer cuáles son los desencadenantes de "sus problemas".	R	X	X	XX		4
	Maximizar la coordinación entre los diferentes equipos que tratan la enfermedad (Atención Primaria, Cuidados paliativos, Enfermería, Psicología, asociaciones-ONG's...) para el propio paciente y su cuidador/familiar.	R		XXX			3

Fuente: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/4b9fbc10-e8ed-11e4-aa6f-cdf8d9a72f8/LZ_S5_%20MatrizOperacionesProblemas_%20Conferencia.pdf

Tabla 5-6.-: Muestra de relación de los cinco problemas percibidos y priorizados de **salud - enfermedad en Lanzarote** y de las acciones propuestas en los **talleres (T)**, de la etapa insular – Conferencia Insular - ordenadas por las estimación de efectividad (capacidad potencial de impacto) sobre los problemas

	OPERACIONES (Acciones)		Obesidad (algunos hacen hincapié en los más jóvenes) [43] ¹	Enfermedad des cardiovasculares [42]	Sedentarismo(algunos hacen hincapié en los más jóvenes) [34]	Alimentación inadecuada [33]	Ansiedad. Stress. Depresión. (algunos hacen hincapié en su relación con la crisis y en las mujeres más jóvenes) [33]	TOTAL
I, C	Verificar que los menús de los escolares están realizados según la normativa y cumplen los estándares de calidad	T	X		X	XX		4
I, C	Realizar una propuesta variada de desayunos saludables para llevar al colegio.	T	X	X		XX		4
I	Hacer tabloneros de anuncios y buzones de sugerencias para poner en el centro de salud, colegios, ayuntamiento y asociaciones de vecinos con sugerencias de los ciudadanos y proyectos del consejo. Consensuar un logo que identifique al Consejo de Salud (de Haria) en todas las comunicaciones y/o documentos que emanen del mismo.	T	X		X	X	X	4
I, II	Hacer sesiones clínicas. Responsable: Director y Subdirectora de z.b.s. Plazo: 2 meses	T	X	XX			X	4
I, II, C	Fomentar coordinación entre Atención Primaria y Atención especializada. Responsable: Directora ZBS. Plazo 3 meses	T		XXX			X	4
I, C	Realizar una encuesta de hábitos en el desayuno de casa dirigida a padres de escolares	T	X	X		X		3
II	Potenciar la Hospitalización a Domicilio. Incluir nuevos procesos crónicos de larga estancia en el hospital.	T		XX				2
II	Posibilitar a Médico AP solicitar/realizar pruebas complementarias más especiales (Espirometría, retinografía, ecografía...), adquiriendo más información para poder acceder al acceso de dichas peticiones. Responsable: Dirección Médica de Atención Primaria. Plazo: 1 año	T		XX				2
	TOTAL		27	22	17	21	13	

Fuente: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/63073f57-e8ed-11e4-aa6f-cfd8d9a72f8/LZ_S5_%20MatrizOperacionesProblemas_Talleres.pdf

1.- PROBLEMAS DE SALUD – ENFERMEDAD - CUIDADOS

	OPERACIONES (Acciones)		Obesidad (algunos hacen hincapié en los más jóvenes) [43] ¹	Enfermedad des cardiovasculares [42]	Sedentarismo(algunos hacen hincapié en los más jóvenes) [34]	Alimentación inadecuada [33]	Ansiedad. Stress. Depresión. (algunos hacen hincapié en su relación con la crisis y en las mujeres más jóvenes) [33]	TOTAL
I, II, C	Potenciar la prevención desde Atención Primaria, fomentando actividades preventivas frente a las curativas (charlas, talleres), responsable: equipo médico-Enfermería. Plazo: en el curso del año.	T	XX	XX	XX	XX	X	9
I, C	Coordinar la colaboración Ayuntamiento-Centro de Salud. Responsable: Trabajador Social del centro de salud. Plazo: 12 meses	T	XXX	X	XX	X	XX	9
I, C	Promocionar la deportividad no competitiva para promover las actividades deportivas, fomentando la participación y el premio simbólico a la participación deportiva.	T	XXX	X	XXX		X	8
I, C	Implicar al profesorado para la detección y derivación de niños con problemas de sobrepeso y malos hábitos alimenticios	T	XX	X	X	XXX		7
I, C	Fomentar y hacer regularmente charlas/talleres sobre educación infantil y de adolescentes a los padres y profesores a lo largo del curso, con la participación de pediatras - médicos-enfermeros. Responsable: Subdirectora de Z.B.S y Enfermera de pediatría Plazo: 1-2 meses.	T	XX	X	X	XX	X	7
I, C	Proponer la retirada de máquinas expendedoras de bebidas azucaradas y bollería industrial.	T	XXX	X		XX		6
I, C	Convocar a padres en la hora que los hijos están haciendo actividades deportivas extraescolares para abordar el tema del deporte y la alimentación saludable.	T	XX		XX	X	X	6
I, C	Hacer talleres de alimentación, charlas y concursos de comidas y cocina saludables con los ingredientes locales de temporada, fomentando la alimentación saludable.	T	XX	X	X	XX		6
I, C	Promover la participación ciudadana junto a la organización de actividades en la comunidad	T	X	X	X	X	X	5
I, C	Potenciar actividades de ocio y tiempo libre	T	X	X	X		XX	5
I, C	Hacer un muro de Facebook de los Consejos de Salud (de Haria), donde cualquier ciudadana pueda aportar ideas o iniciativas para abordarlas en el Consejo, y haciendo una carta de presentación / invitación para colgarla en el muro.	T	X	X	X	X	X	5

Referencias bibliográficas:

-
- 1 Bello, L. y Bello, N. (2009). *Op. cit.* Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf
 - 2 Lorenzo, P. y Gil, M., Rodríguez, M. (2009). Mortalidad Evitable en las Islas Canarias. 1981-2005. Documento de referencia 1. III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e02ebe9e-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia1_MortalidadEvitableCanarias%201981-2005.pdf
 - 3 Grout, Maassen van den Brink H. (2007). The health effects of education. *Economics of Education Review*. 2007;26:186–200. 24.
 - 4 Groosman M, Kaestner R. Effects of education on health (1997). . En: Behrman J, Stacey N, editors. *The social benefits of education*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1997. p. 69–123.
 - 5 González López de V., B., Dávila Q. C. D. (2009). Crisis Económica y Salud. *Gac Sanit.*2009; 23(4):261–265
 - 6 Bambra C, Pope D, Swami V, et al.(2009) Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:38–44.
 - 7 Brenner MH. (1979). Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936–76. *Lancet*. 1979;ii:568–73. 27.
 - 8 Brenner MH (1979). Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet*. 1979;i:671. 28.
 - 9 Brenner MH. (2005). Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century – experience of the United States 1901–2000. *Int J Epidemiol*. 2005;34:1214–21.
 - 10 Ruhm C. (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*. 2000;115:617–650.
 - 11 Tom B, Michel G, Florence J. (2007). *Unemployment and mortality in France, 1982–2002*. Hamilton, Canada: Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University.
 - 12 Neumayer E. (2005). Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Soc Sci Med*. 2004;58:1037–47.
 - 13 Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153:529–40.
 - 14 Universal Health Coverage (2012). Sep 08, 2012 Volume 380, Number 9845, p859-948.
<http://www.thelancet.com/themed-universal-health-coverage>
 - 15 Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4:298–316.

-
- 16 Stuckler D, King L, McKee M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009;373:399–407.
- 17 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). Área de Impacto 4. En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 18 Dávila D, y González López-Valcárcel B (2014). Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. *Revista Española de Salud Pública* 88 2014 Marzo-Abril: 1-4
- 19 Leigh A, Jencks C. (2007). Inequality and mortality: long-run evidence from a panel of countries. *J Health Econ.*;26:1–24.
- 20 Brenner MH. (2005). Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet*. 1979;i:672.
28. Brenner MH. Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century – experience of the United States 1901–2000. *Int J Epidemiol.*;34:1214–21.
- 21 Dávila D. y González López-Valcárcel B. (2009) Crisis económica y salud. *Gac Sanit* v. 23 n.4 Barcelona jul.-ago. 2009
- 22 Fontes Teixeira, C. (1992). Políticas de Saúde no Brasil: Situação atual e desafios estratégicos *Saúde debate*(35), 4-10, jul. 1992.
- 23 Asociación Canaria de Medicina Social (1991). *Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias*. Asociación Canaria de Medicina Social. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/12b180d3-9beb-11e4-b277-57c6989aecb2/FV_DeclaracionFV_Pajara1991.pdf
- 24 Arouca, A.S. (1982) Salud en la transición. En *Actas del II Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Managua*.
- 25 Berlinguer, G. (1988). *Uma Reforma para a Saúde. Por um Serviço Sanitário Nacional: Análise e proposta*. Em, Reforma Sanitaria Italia e Brasil. Berlinguer, G., Fleury. S.T. De Souza Campos, G. W. Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 26 Escorel, S. (1999). *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- 27 O'Shanahan J.J. (2006). Sostenibilidad, control social y participación en el Sistema Canario de la Salud. En J.L. Quevedo García (coord.), *La participación de los ciudadanos ante el reto de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público canario*. Consejo Económico y Social de Canarias.
- 28 Fleury T., S. org (1990). *La Reforma Sanitaria. En busca de una teoría*. Editorial Universidad de Guadalajara. México.
- 29 O'Shanahan J.J. (2007). El derecho a la salud. Como construir una nueva ética pública en el marco de la globalización. En *Actas de la Convención de movimientos sociales de Madrid: Hacia una nueva agenda de referencia común* (pp.1-21). Recuperado de:

http://www.aavvmadrid.org/convencion07/archivos/sanidad_oshananan.pdf

30 Almeida, C. y Abrantes Pêgo, R. (2002). Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cuadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4), 971-989

31 Fleury, S.T. (1990). *La reforma sanitaria. En busca de una teoría*. Editorial Universidad de Guadalajara. México.

32 Brinkerhoff, D., & Leighton, C. (2002). Decentralization and health system reform. *Insights for Implementers*, (1), 1-12.

33 Ortún, V. y Callejón, M. (2012). *Crisis en España: ¿Cómo renovar los servicios sanitarios?* En, La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Directores; Casajuana J. et Gervás J. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Director, V. Ortún. Springer Healthcare Ed. Madrid.

34 Acerete, B., Stafford, A., & Stapleton, P. (2011). Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533-549.

35 Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpinán, J. M., & Oliva-Moreno, J. (2012). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 24, 75-80.

36 Repullo, J. R. y Oteo, J. (2010). *Dilemas de organización de los Centros Sanitarios. La alternativa de la nueva gestión pública y el buen gobierno*. Tribuna para médicos y pacientes. Recuperado de: http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2010/01/10_01_25_tribuna

37 Navarro, V. (2013). La privatización de la sanidad. *Revista El plural.com*. Recuperado de: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2013/02/la-privatizacion-de-la-sanidad.pdf>

38 Gobierno de Canarias. (2012). Resolución de 27 de enero de 2012, de la Secretaría General de Presidencia de Gobierno por la que se dispone la publicación del acuerdo por el que se adoptan medidas para la modernización y calidad de los servicios públicos. Canarias. 2012. Recuperado de:

39 De Sousa Campos, G.W. (2001). El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires. p.253

40 Minzberg, H. (1993). *La estructuración de las organizaciones*. Ariel Economía. p.561.

41 De Sousa Campos, G. W. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Em, Elías Merhy E., et Onocko R, orgs, *Praxis en Salud un desafío para lo público*. Pg. 229-266. Buenos Aires y São Paulo.

42 Irigoyen, J. (2012). ¿Los modelos gerencialistas y de clientelización en los servicios de salud tratan peor a los pacientes pobres?. Recuperado de: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/juan-irigoyen/>

-
- 43 Asociación Canaria de Medicina Social (1991). *Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias*. Asociación Canaria de Medicina Social. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/12b180d3-9beb-11e4-b277-57c6989aecb2/FV_DeclaracionFV_Pajara1991.pdf
- 44 Bello, L. y Bello, N. (2009). *Op. cit.* Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf
- 45 Bengoa, R., & Vasco, G. (2008). *Curar Y Cuidar: Innovación en la Gestión de Enfermedades Crónicas*. Barcelona Elsevier-Masson.
- 46 OMS (2008). *La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca* (Informe sobre la salud en el mundo). Recuperado de: http://www.who.int/whr/2008/_es.pdf
- 47 Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), 1091-1092.
- 48 Mori, M. (1989). Modelos Sanitario en Europa (II). Italia. En, *VII Jornadas de Debate sobre la Sanidad Pública*. Situación actual y Perspectiva de la Reforma Sanitaria FADSP.
- 49 Imperatori, E. (1989) Modelos Sanitario en Europa (II). Portugal. En, *VII Jornadas de Debate sobre la Sanidad Pública*. Situación actual y Perspectiva de la Reforma Sanitaria FADSP.
- 50 Berlinguer, G., Fleury, S.T. De Souza Campos, G. W. (1988). *Reforma Sanitaria Italia e Brasil* Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 51 Almeida, Celia. (2000). *Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud*. En: Cuadernos Médico Sociales N°79:27-58. Rosario
- 52 Fleury, S. T. (1990). *La reforma sanitaria. En busca de una teoría*. Universidad de Guadalajara. México.
- 53 Berlinguer, G. (1988). *Uma Reforma para a Saúde. Por um Serviço Sanitário Nacional: Análise e proposta*. Em, *Reforma Sanitaria Italia e Brasil*. Berlinguer, G., Fleury, S.T. De Souza Campos, G. W. Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 54 OMS-OPS. (2001). *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Org.: Almeida, C., Bazzani, R., et Pittman, P.
- 55 Schneider, M. (1992) *Tendencias en la convergencia de sistemas de atención sanitaria en la CEE*. XII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid.
- 56 Carro Ramos, José M^a. *Reforma de la atención primaria de salud en España*. Atención Primaria. 1985; 2(1):3-6.

-
- 57 Fajardo Alcántara, A. (2007). La experiencia de Montánchez como germen de la Reforma de la Atención Primaria en España. En, Campos, R., Montiel., L. y Huertas, R. *Medicina, Ideología e Historia en España. Siglos XVI-XXI*. CIS. Pp. 389-396.
- 58 Presser, E. (1988). Diez años del Plan de Salud de Bizcaia. En, FADSP. *Situación actual y perspectivas de la Reforma Sanitaria*. VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública.
- 59 O'Shanahan, J. J. (1979). *Un Centro de Salud para el desarrollo*. Tirajana 1976-1980. Rev., de Higiene y Sanidad Pública, año LII, Noviembre-diciembre. Madrid.
- 60 Fajardo Alcántara, A. (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en atención primaria en la década de 1980*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperada de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16925506.pdf>
- 61 Gavilán, E. (2010). *Pioneros de la Atención Primaria en España: Tirajana (1976-1980)*. Recuperada de: <https://egavilan.wordpress.com/2010/08/27/pioneros-de-la-atencion-primaria-espanola-tirajana-1976-79/>
- 62 Alemán, S. (2006). *Los años de la ilusión. El cambio democrático en el municipio de Santa Lucía (1979-1983) y sus antecedentes*. España: Anroart Islas Canarias.
- 63 FADSP. (2011). *Treinta años del Sistema Sanitario Español*. Recuperado de: <http://fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/339-treinta-anos-del-sistema-sanitario-espanol-1981-2011>
- 64 O'Shanahan J. J., Bello, L. M., Jiménez, M., Lorenzo, P. y Dopico, J. (2004). The ECCA System in distance education: an innovative technology as an instrument of health promotion and for institutional changes in Local Health Systems. En *XIII Conference of the International Association of Health Policy (IAHP)*. Public Health Association of South Africa; Medical Research Council and Health Systems Trust. Durban, South Africa.
- 65 Bello, L. M., O'Shanahan, J. J. (1986). Salud para todos. una experiencia en Canarias de educación para la salud como instrumento para la participación comunitaria. *Rev. San. Hig. Púb.*, 1986, 60, 939-961. Año LX. Septiembre-octubre.
- 66 Bello, L. M. Armas, A., Jiménez, M., Hernández, L. et Serra, Ll. (2003) Nontraditional nutrition education interventions: The Radio ECCA method. *European Journal of Clinical Nutrition* 57, Suppl 1, 586-589.
- 67 Asociación Canaria de Medicina Social (1991). *Declaración de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias*. Asociación Canaria de Medicina Social. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/12b180d3-9beb-11e4-b277-57c6989aecb2/FV_DeclaracionFV_Pajara1991.pdf

-
- 68 Elola, J. (2012). Políticas sanitarias y gestión sanitaria en España. En *XXVI Seminario Interdisciplinar de la Catedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas*. España.
- 69 O'Shanahan, J. J. (1995). *Situação da Reforma Sanitaria na Espanha*. Em: Buss P. M. et Labra, M. E., orgs. *Sistemas de Saúde, continuidades e mudanças*. Argentina, Brasil, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. Editora Hucitec. São Paulo.
- 70 Giamo, S. (2005). *Markets and Medicine. The politics of Health Care Reforms in Britain, Germany and the United States*. *The University of Michigan Press*.
- 71 Giovanella, L. (1998). *Entre a solidariedade e a subsidiariedade. Políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a 'terceira etapa da reforma da saúde*. (Tese de doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/EntreSolidariedade.pdf>
- 72 Pollock, A. (2005). NHS plc. *The Privatisation of Our Health Care* (2nd ed.). London, New York. Verso. New Left Books
- 73 Carro, J. M. (1989). Evaluación de la Reforma Sanitaria: Marcos teóricos previos. En, *VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública*. Situación actual y perspectivas de la Reforma Sanitaria. VII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública, FADSP.
- 74 Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires.
- 75 Giamo, S. (2005). *Markets and Medicine. The politics of Health Care Reforms in Britain, Germany and the United States*. The University of Michigan Press.
- 76 Pollock, Allyson (2005). NHS plc. *The Privatisation of Our Health Care* (2^a ed.). London – New York. Verso. New Left Books
- 77 Labonte, R., Schrecker, T., et al. (2004). *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health*. UCT Press. Ottawa.
- 78 Unger J.P., De Paepe, P., Kasturi, S. y Soors, W.(2010). *International health and aid policy. The need for alternatives*. Cambridge University Press.
- 79 Elola, J. (2012). Políticas sanitarias y gestión sanitaria. En *XXVI Seminario Interdisciplinar de la Catedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas*. España
- 80 Barrientos, N. (2001) El Informe Abril, "la reforma truncada". Décimo aniversario. *El diario médico Interactivo*. Recuperado de: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/informeabril.htm>
- 80 ELOLA, J. (2001). *Política Sanitaria Española*. Madrid: Díaz de Santos.
81. ELOLA, J. (2001). *Op. cit.* (61)

-
- 82 Irigoyen, J. (1994). La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Madrid. Ed. Díaz de Santos. pp.183-222.
- 83 Irigoyen, J. (2012) *¿Los modelos gerencialistas y de clientelización en los servicios de salud tratan peor a los pacientes pobres?* Recuperado de: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/juan-irigoyen/>
- 84 Elola, J. (2001). *Política Sanitaria Española*. Madrid: Díaz de Santos..
- 85 Navarro, V. (1994). Presentación, En, Elola, J. *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas*. Barcelona: SG Editores, SA.
- 86 Elola, J. (2012). Políticas sanitarias y gestión sanitaria en España. XXVI En *Seminario Interdisciplinar de la Catedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas*. España.
- 87 Federación Española de Municipios y Provincias. (1985). *Proyecto de Ley General de Sanidad*. (Informe de Declaración, inédito). Federación Española de Municipios y Provincias.Madrid.
- 88 Clos, J. (1978). *Crítica a la regionalización sanitaria: un proyecto democrático de sanidad rural*. En, De Miguel., J. M. (ed.), *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid: C.I.S.
- 89 Pérez Peñasco, A. (1983). *La sanidad española desde la perspectiva del usuario y de la persona enferma*. Madrid: Encuentro.
- 90 Elola, J. (1991). *Op. cit. (61)*
- 91 Elola, J. (1991). *Op. cit. (61)*
- 92 Elola Javier. (1991). *Crisis y Reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISSS).
- 93 Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.25 de abril de 2012.Recuperado de: <http://www.fadsp.org/>
- 94 OMS. (1978).Declaración de Alma-Ata. En *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*.
- 95 Starfield, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Ed. Massson.
- 96 OMS. Ser. Inf. Tecn. Núm. 429. 1969
- 97 Roemer, N. I., Evaluación de los centros de Salud Pública. Cuadernos de Salud Pública, nº 48. Ginebra. 1972.
- 98 O'Shanahan, J.J.(1979).*Un Centro de Salud para el desarrollo*. Rv. de Sanidad e Higiene Pública. Nov-Dic: Año LIII. Madrid.

-
- 99 Fajardo Alcántara, A. (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en atención primaria en la década de 1980.* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16925506.pdf>
- 100 UNED. El 29 Congreso del PSOE. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Derechopolitico-1982-13-5482AE4D/PDF>
- 101 Díez Cárcamo, A. (1983). *EL PSOE, DE SURENES A LA DEMOCRACIA (1974 – 1982).* Universidad de la Rioja. Recuperado de: <http://clio.rediris.es/n32/PSOE.pdf>
- 102 Partido Socialista Obrero Español () *Por el cambio PSOE.* Recuperado de: <http://www.psoe.es/source-media/000000550500/000000550978.pdf>
- 103 Casajuana, J. y Casajuana, M. (2012). Aprendiendo de los otros países europeos. En, *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta.* Colección V. Ortún, Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Madrid. Springer Healthcare.
- 104 Muller, R. (2004). Policy not politics. *Emory. Public Health. Rollins School of Public Health.* Recuperado de: http://whsc.emory.edu/_pubs/ph/phspr06/policy.html
- 105 Saltman, R., Rico, A. and Boerma, W. (2006). *Primary Care in the driver`s seat? Organization Reform in European Primary Care.* European Observatory on Health Systems and Policies series. England: Open University Press
- 106 Pollock, A. (2005). *The Privatisation of Our Health Care.* London, New York.
- 107 Labonte, R., Schrecker, T., et al. (2004). *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health.* Ottawa: UCT Press. Ottawa.
- 108 Testa, M. (2002). *El sujeto en la era de la globalización. I Jornadas Internacionales de reflexión crítica sobre Globalización.* Asociación Canaria de Estudios de la Globalización. Recuperado de: http://ecaths1.s3.amazonaws.com/sotogestion/Globalizacin_MarioTesta.pdf
- 109 Unger, J.P., De Paepe, P., Kasturi, S. y Soors, W.(2010). *International health and aid policy. The need for alternatives.* Cambridge University Press.
- 110 Sanders, D. (1997). The struggle for Health: Medicine and de Politics of Underdevelopment. En, Werner, G., and Sanders, D. *The politics of Primary Health Care and Child Survival. With an in-depth critique of Oral Rehydration Therapy.* California: Health Wrights.
- 111 O´Shanahan, J.J. (2012). *La Atención Primaria de Salud y el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). Una visión comparada desde Canarias en el contexto global.* (Informe de Asistencia Técnica, inédito). Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC y Técnicas Competitivas S.L. Canarias.

112 Bello, L. y Bello, N. (2009). *Condiciones de vida y salud en Canarias*[versión electrónica]. Documento de Referencia 2. III Plan de Salud de Canarias. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf

113 Unger, J.P. (2006). Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care*. Vol 6, pp.1-18.

114 Cátedra UNITWIN-UNESCO de SILOS ULPGC. y la IAHP (2007). Contribuyendo a la democratización institucional y la Gobernanza en salud como derecho social. En Memoria, del *Seminario Avanzado para el análisis de las políticas de salud en África desde la experiencia latinoamericana e internacional*. Salvador de Bahía. Brasil. (pp. 1-11)

115de Janeiro, R. (1992). Cumbre de la Tierra. In *Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Brasil*. Recuperado de:https://es.wikipedia.org/wiki/Cumbre_de_la_Tierra_de_R%C3%ADo_de_Janeiro

116 Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2. Washington D.C: OPS, p.71

117 OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008*. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2008/es/>

118 Labonte, R. (2010). Comprehensive Primary health care: Evidence of effect, effect of evidence. In. '*Health for all in a new global context: Challenges and opportunities*'. Radboud University Nijmegen. The Netherlands.

119 OMS. (2011).Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Todos por la equidad. En, *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Rio de Janeiro. Brasil. Recuperado de: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

120 WHO. (2009). CDSH. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health*. (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health). World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

121 Labonte, R. (2010). Comprehensive Primary health care: Evidence of effect, effect of evidence. In. '*Health for all in a new global context: Challenges and opportunities*'. Radboud University Nijmegen. The Netherlands.

122Unger, J.P., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W., et Green, A. (2006). Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *Int J Integr Care*. Jul-Sep; 6: 1-14. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1576566/pdf/ijic2006-200614.pdf>

123 OPS/OMS. (2007). *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. Washington, DC: OPS.

124 Starfield, B. (2001). Equidad en Salud y Atención Primaria. Una meta para todos. *Gerencia y Políticas de Salud*, noviembre, año/vol. 1, número 001. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. 7-16. Recuperado de:
<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/starfield.pdf>

125 Vuori, H. (1984). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Atención Primaria*,1: 3-4

126 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *Op. cit.* Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

127 O'Shanahan, J. J. (1992). Dificultades prácticas de la gestión de la reorientación de los servicios. En, *IX Jornadas de debate sobre Sanidad Pública*. Pamplona. Colección Sanidad Pública, nº 6. FADSP.

128 Labonte, R. (2010) Comprehensive Primary health care: Evidence of effect, effect of evidence. In. *'Health for all in a new global context: Challenges and opportunities'*. Radboud University Nijmegen. The Netherlands.

129 Iglesias, F. H. (2011). Innovación en Atención Primaria. Vías de avance de fácil y necesaria implementación. In, *La refundación de la Atención Primaria* (pp. 107-120). Springer Healthcare

130 Infac. ¿Qué es la desprescripción?
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf

131 Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2012;27:130-8.
<http://www.actasanitaria.com/opinion/puntode-vista/articulo-taxonomia-practica-de-la-desinversion-sanitaria-en-lo-que-no-anade-valor-para-hacersostenible-el-sistema-nacional-de-salud.html>

132 Ortún, V. (2012) *“Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina de la “cultura de la queja”*. En: *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Casajuana J. y Gervas J., directores. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Ed. Springer Healthcare Ibérica SL. Madrid.

133 Conferencias Insulares de salud de Canarias.
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d446429-7c70-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>

134 Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
<http://www.bocm.es/bocm/>

135 Proyecto de Ley de Salud Pública de Canarias

<http://www.parcn.es/files/pub/bop/7l/2010/299/bo299.pdf>

136 Gervás J. et Casajuana J. La necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. *El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”*. En: La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Casajuana J. y Gervás J., directores. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Ed. Springer Healthcare Ibérica SL. Madrid.

137 Testa, M. (1995). Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires.

138 Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. I Jornadas Internacionales de reflexión crítica sobre Globalización. Asociación Canaria de Estudios de la Globalización. 11 de noviembre de 2002.

http://ecaths1.s3.amazonaws.com/sotogestion/Globalizacin_MarioTesta.pdf

139 Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. I Jornadas Internacionales de reflexión crítica sobre Globalización. Asociación Canaria de Estudios de la Globalización. 11 de noviembre de 2002.

http://ecaths1.s3.amazonaws.com/sotogestion/Globalizacin_MarioTesta.pdf

140 Prada C., Gil B., et Del Río A. Participación ciudadana y consumo de servicios de salud. Análisis político. Ministerio de Salud. Colombia. 1998

141 Alves de Souza, A (2008). Apresentação. Democracia, Conselhos de Saúde e Participação Social. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 7-14, Junho.

142 Escorel, S. (2008). “Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política”. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, nº 43, p. 23-28. Junho *Conferencia pronunciada el 7 de noviembre de 2007 en el evento “Democracia Participativa, Democracia Representativa y Consejos de Salud en el contexto de la reforma política”*.

143 Putman R. (1886). *Comunidade e democracia a experiencia da Italia moderna*. Editora FGV.

144 Kawachi I, Kennedy B, Lochner K. (1997). Long live community: social capital as public health. *The American Prospect*. 1997; 35.

145 Berkman LF, Syme SL. (1996). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol. Community Health*. 1996; 50: 245-251.

146 Labra ME (2002). Capital Social y Consejos de Salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (Suplemento): 47-55. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>

147 Restrepo, H.E. (2000). Increasing community capacity and empowering communities for promoting health. Fith Conference on Health Promotion. Mexico, D.F. Panamerican Health Organization.

148 Marmot M, Baum F, Bégin M, Berlinguer G, Chatterjee M, Foege W, et al (2009). Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva.

149 Dopico Mesa J. (2006) "La estrategia de la participación comunitaria en salud para el desarrollo local". Máster en investigación participativa para el desarrollo local. Universidad Complutense de Madrid.

150 Dopico Mesa J. (2006) "La estrategia de la participación comunitaria en salud para el desarrollo local". Máster en investigación participativa para el desarrollo local. Universidad Complutense de Madrid.

151 Repullo J.R. (2005). Un nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud Sostenible. Ed. Ariel. Barcelona.

152 Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. Conferencia pronunciada en las I Jornadas Críticas sobre la Globalización Neoliberal. Asociación Canaria de Estudios de Globalización. Gran Canaria.

153 Uribe Rivera, J. et Artmann E. (2006). Planificación y Gestión en Salud flexibilidad metodológica y acción comunicativa. En: Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Uribe Rivera, J: Editora Fioruz. Rio de Janeiro.

154 Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. Conferencia pronunciada en las I Jornadas Críticas sobre la Globalización Neoliberal. Asociación Canaria de Estudios de Globalización. Gran Canaria. 2002.

155 Matus, C. (1994) Sobre la teoría de las macro organizaciones. Revista PES N3 Santafé de Bogotá. Apud por Uribe, F.J. et Artmann E. en Planificación y gestión en Salud: flexibilidad metodológica y acción comunicativa. En, Uribe J. (2006) Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Editora Fiocruz

156 Rosenberg S. W. (2007). Deliberation, Participation and Democracy. Can the People Govern? Palgrave Macmillan Ed. New York.
<http://www.palgraveconnect.com/pc/doi/finder/view/10.1057/9780230591080>

157 Vergara Estévez J. (2005). La concepción de la democracia deliberativa de Habermas. Quorum académico. Volumen 2, Nº 2. Pgg 72-88. Julio –Diciembre 2005. Universidad de Zulia.

158 SCS. (2008). Los órganos de participación Comunitaria en el Servicio Canario de Salud. O'Shanahan JJ y Dopico J. Serie Normativa Sanitaria. Consejería de Sanidad. 4ª Edición.
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3df69e01-358d-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia8_ParticipacionComunitariaEnElSCS4.pdf

159 Ivo de Carvalho A. (1997). "Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitaria como reforma do Estado". Em: Saúde e Democracia - A luta do Cebes. Sonia Fleury (organizadora). Lemos Editorial, São Paulo. 1997.

160 <https://www.boe.es/boe/dias/2010/07/12/pdfs/BOE-A-2010-10985.pdf>

-
- 161 Vergara Estévez J. (2005). La concepción de la democracia deliberativa de Habermas. *Quorum académico*. Volumen 2, Nº 2. Pgg 72-88 .Julio –Diciembre 2005. Universidad de Zulia.
- 162 Decreto 24/1999 de 17 de junio de la Comunidad Autónoma de Canarias por el que se modifica el Decreto 32/1995, DE 24 de febrero por el que se aprueba EL Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud en lo relativo a la composición de los Consejos de Salud de la Áreas de Salud 7 y de las Zonas Básicas de Salud.
- 163 Irigoyen J. (2012) ¿Los modelos gerencialistas y de clientelización en los servicios de salud tratan peor a los pacientes pobres? Marzo 20, 2012.
<http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/juan-irigoyen/>
- 164 Navarro V. y Torres J. (2013). Lo que debes saber para que no te roben la pensión. *Gac. Sanit.* 2014;28:261 - Vol. 28 Núm.3 DOI: 10.1016/j.gaceta.2013.09.008
- 165 O'Shanahan, (1995). *Situação atual da reforma sanitária na Espanha em Sistemas de Saúde: Continuidades e mudanças*. Paulo M Buss e Maria Eliana Labra (orgs). Editorial Hucitec – Fiocruz. Rio de Janeiro.
- 166 Berlinguer, G. (1988). *Uma Reforma para a Saúde. Por um Serviço Sanitário Nacional: Análise e proposta*. Em, Reforma Sanitaria Italia e Brasil. Berlinguer, G., Fleury. S.T. De Souza Campos, G. W. Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo.
- 167 Labonte, R., Schrecker, T., et al. (2004). *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health*. UCT Press. Ottawa.
- 168 Pollock, A. (2005). NHS plc. *The Privatisation of Our Health Care* (2nd ed.). London – New York. Verso. New Left Books. (pp 134).
- 169 Giamo, Susan. 2005. *Markets and Medicine. The politics of Health Care Reforms in Britain, Germany and the United States*. The University of Michigan Press.
- 170 Irigoyen J. (1994). La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Madrid. Ed. Díaz de Santos. p.183-222.
- 171 Ugalde A. (2006). Un acercamiento teórico a la Participación Comunitaria en Salud. En: Menéndez LE, Spinelli H. *Participación Social ¿Para qué?* Editorial Buenos Aires.
- 172 Pearce N, Davey G. (2003). Is social capital de key to inequalities in health?. *American Journal of Public Health*. 2003; 93.
- 173 Hawe P, Shiell A. (2000). Social capital and health promotion: *Social Science & Medicine*. 2000; 51: 871-885.
- 174 Buss P.M, et Ferreira J. R., (1998) “Promoção da Saúde e a Saúde Pública”. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- 175 Mendes, E.V. (1996). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. Apud by: Buss P.M., et Ferreira J. R (1998), “Promoção da Saúde e a Saúde Pública”. ENSP. Rio de Janeiro. 1998.

176 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). Área de Impacto 4. En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

177 Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires.

178 Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*. (El caso de salud). Lugar Editorial. Buenos Aires

179 Testa M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. Conferencia pronunciada en las I Jornadas Críticas sobre la Globalización Neoliberal. Asociación Canaria de Estudios de Globalización. Gran Canaria.

180 Modolo M.A. (1983). Educación Sanitaria, comportamiento y participación. Metodología. Documento presentado en el Seminario de Educación para la Salud en la Atención Primaria. Universidad Menéndez Pelayo. Santander.

181 Freire P. (1970). Pedagogía del oprimido. Santiago de Chile.
<http://www.ensayistas.org/critica/liberacion/varios/freire.pdf>

182 BOE (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29/05/2003.

183 SCSP-SESPAS (2004). *Declaración de Las Palmas de Gran Canaria sobre Planes de Salud*. En. Conclusiones I y II Talleres sobre Planes de Salud. Grupo SESPAS de Planes de Salud.
<http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/planificacion/planificacion-sanitaria-lectura-1.pdf>

184 Fiuza, M.D et al / Gac Sanit. 2010; 24(Suppl 1):37–41 Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010.

apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13188261&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=57&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v24nSupl.1a13188261pdf001.pdf

185 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015) *Ámbito de Intervención II: Reorientar el Sistema Canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios*. En, Referencia para los ámbitos de intervención y áreas de impacto del III Plan de Salud de Canarias. Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. 28 de enero de 2015.

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9>

186 Fiuza, M.D et al / Gac Sanit. 2010; 24(Suppl 1):37–41 Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010.

apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13188261&pident_usuario=0
&pcontactid=&pident_revista=138&ty=57&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.e
s&lan=es&fichero=138v24nSupl.1a13188261pdf001.pdf

187 Wismar M, Blau J., Kelly E. y Figueras J. (2008). La eficacia de la evaluación del impacto en salud. Alcances y limitaciones del apoyo a la toma de decisiones en Europa. European Observatory of Health Systems and Policies. Consejería de Salud. Sevilla

<http://www.creis.es/sobre-la-eis/la-evaluacion-del-impacto-en-salud> (14 de agosto de 2015)

188 Consejería de Sanidad (1997). Decreto 3/1997, de 21 de enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/1997/041/002.html>

189 Dirección del Servicio Canario de la Salud (2014). Documento de referencia nº 5 del III Plan de Salud de Canarias: "Evaluación del II Plan de Salud de Canarias. Resumen ejecutivo". http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/fc51323a-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia5_Evaluacion2PlanSaludResumenEjecutivo.pdf

190`Shanahan, J. J., y Dopico J. Mecanismos de control social para la legitimación de la estrategia en el Plan de Salud de Canarias. Primer taller nacional de Planes de Salud. Sociedad Canaria de Salud Pública, Sociedad Española de Salud Pública. Gran Canaria. Noviembre. 2000.

191 Aquiles R. Lanza. Planificación en Salud en Sonis A. y colabs. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Tomo II. Atención de la Salud. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 2ª ed. 1976.

192 Uribe Rivera, F. J. (2006). Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.

193 Uribe Rivera, F. J. (2006). Análisis Estratégico en Salud y Gestión a través de la Escucha. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.

194 Matus, C. (1987) *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas, Fundación Altadir.

195 Uribe Rivera, F.J. (org) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. Cortez Editora. São Paulo. Brasil. 1989.

196 Chorny. A. H. (1990). El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Educ Med Salud*, Vol. 24, No. 1

197 Testa M. (1993) *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Paggs. 138 y 139

198 Testa M. (1995). *Pensamiento estratégico y e lógica de la programación*. El caso de salud. Lugar Editorial. Buenos Aires. Paggs. 212-227

199 Testa M. (1993) *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires

200 De Oliveira Cecilio, L.C., et Onocko R., Orgs. (1997). *Praxis en Salud*. Un desafío para lo público, Lugar Editorial- Ed. Hucitec. Buenos Aires- São Paulo.

201Rodriguez Villasante T., Montañes J., y Marti J. (2000). *La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía /1*. Ed. El Viejo Topo. Madrid.

-
- 202 Benlloch J. (2007). La investigación-acción participativa y los mapas sociales. Ponencia. Nov..Castellón.
- 203 Cooperrider D. and Whitney. D. (2005).Appreciative Inquiry: A Positive Revolution in Change.” Berrett-Koehler Ed.
- 204 Zaidam D. (2013). El Dialogo Apreciativo en el Proceso Comunitario Intercultural. Instituto Universitario de Investigación sobre Migraciones, Etnicidad y Desarrollo Social (IMEDES)-Universidad Autónoma de Madrid.
- 205 Bushe, G.R. (2011) Appreciative inquiry: Theory and critique. In Boje, D., Burnes, B. and Hassard, J. (eds.) *The Routledge Companion To Organizational Change (pp. 87103)*.Oxford, UK: Routledge.
- 206 CEDEAL (1993). El Enfoque de Marco Lógico. Manual para la planificación de proyectos orientada mediante objetivos. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Universidad Complutense de Madrid. Fundación Centro Español de Estudios de América Latina – CEDEAL. 2ª Ed. Madrid.
- 207 Matus, C. (1987) *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas, Fundación Altadir
- 208 Zaidam D. (2013). El Dialogo Apreciativo en el Proceso Comunitario Intercultural. Instituto Universitario de Investigación sobre Migraciones, Etnicidad y Desarrollo Social (IMEDES)-Universidad Autónoma de Madrid.
https://www.uam.es/otroscentros/imesdes/docs/publi/colaboradores/publi_Dzaidam_2013.pdf
- Bushe, G.R. (2011) Appreciative inquiry: Theory and critique. In Boje, D., Burnes, B. and Hassard, J. (eds.) *The Routledge Companion To Organizational Change (pp. 87103)*.Oxford, UK: Routledge.
- 209 Bushe, G.R. (2013). The Appreciative Inquiry Model. In Kessler, E. (ed.) *The Encyclopedia of Management Theory*. Sage Publications
- 210 Matus C. (1998). Adiós señor presidente. LOM ediciones.1ª ed. Santiago de Chile.
- 211 De Salud, Servicio Canario, y O’Shanahan, J.J. (2015). En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 212 De Salud, Servicio Canario, y O’Shanahan, J.J. (2015). En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 213 MSSSI (2015). Estadísticas de gasto sanitario público: 2013. Principales resultados.Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ed. Abril 2015.

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

214 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). En, *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

215 Lne.es. España (2010). *El PP abandona el Gobierno de Canarias tras el apoyo de CC a los Presupuestos*. <http://www.lne.es/espana/2010/10/20/pp-abandona-gobierno-canarias-apoyo-cc-presupuestos/982865.html>

216 Borrador de proyecto de Ley de Sanidad de Canarias.

www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/20090527borradorleysanidad.pdf

217 WHO. 2009. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Backgroundpaper. WHO Regional Office for Europe. Acceso el 12 de abril de 2009.

218 González López de V., B., Dávila Q. C. D. Crisis Económica y Salud. *Gac Sanit.* 2009; 23(4):261–265

219 CONASEMS (2011). *Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal*. Brasil. http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf

220 Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.

221 Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.

Apud Müller Neto, J. et al *Conferencias de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, maio/dez 2006. p255

222 Brasil (2011). *História das Conferencias de saúde*. Em, 14ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>

223 Ramos A. y Faría C. F. (2013). Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional. *Revista Española de Ciencia Política*. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.

224 Ramos A. y Faría C. F. (2013). Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional. *Revista Española de Ciencia Política*. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.

225 Brasil (1993). Ministério da Saúde. *A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992*. *Cad Rec Hum Saúde* 1993; 1(1). Apud Vilela, E. P et Sanna M.C. (2009). *Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde*. *Rev. bras.enferm.* vol.62 no.6 Brasília Nov./Dec. 2009.

http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600012

-
- 226 Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman. (2005) M. Equidade em saúde nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 449-58. Apud por Vilela, E. P et Sanna M.C. (2009). *Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde*. Rev. bras. enferm. vol.62 no.6 Brasília Nov. /Dec. 2009. http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600012
- 227 Ivo, A. (1995). *Conselhos de saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social*. FASE/IBAM. Rio de Janeiro. P. 34.
- 228 Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.
Apud Müller Neto, J. et al *Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006. p255
- 229 Escorel, S. y Bloch, R. A. (2005). *As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS*. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: historias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-119.
Apud Müller Neto, J. et al *Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006. p255
- 230 Brasil (1987). *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. 17-21 de março de 1986. Ministerio de Saúde. Brasília.
- 231 Brasil. (1990). Lei 8.142/90 de de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e da outras providências. *Diário Oficial União* 1990 dez 31; 1: 1. ,
- 232 Brasil (1987). *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. 17-21 de março de 1986. Ministerio de Saúde. Brasília.
- 233 Brasil (1993). *Relatorio final da 9 Conferência Nacional de Saúde. Municipalização é o caminho*. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf
- 234 CONASEMS (2011). *Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal*. Brasil. P. 8 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf
- 235 Moreira, M. and Escorel, S. (2009). *Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-812
- 236 CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília.
- 237 Mahoney, J and Thelen, K (ed) (2010). *Infiltrating de State: The evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964-1988. Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency and Power*. Cambridge University Press 2010. Ny. P. 38-63. NY.
- 238 CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília. P. 32.

239 Buss P. et Ferreira R. (2010). *Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)*. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.1-14, mar., 2010

240 Buss P. et Ferreira R. (2011). *Critical essay on international cooperation in health*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.1-14, Mar., 2010.

241 CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília. P. 8.

242 CEBES (2014). *Conselho Nacional de Saúde realiza reunião ampliada em Brasília*. 15ª Conferência Nacional de Saúde, 264 Reunião Ordinária, Conselho Nacional de Saúde. Publicado em 11/12/2014 12h12. <http://cebes.org.br/2014/12/conselho-nacional-de-saude-realiza-reuniao-ampliada-em-brasilia/>

243 Domínguez B. et al (2015). *A 15ª já começou. Conferências municipais revelam diferenças regionais e estimulam debates sobre o desafio de proteger o SUS das ameaças privatizantes*. RADIS 155. Ago/2015.pp 12-13. www.ensp.fiocruz.br/radis

244 RADIS (2015). *Entrevista Gastão Wagner, “O SUS não é cachorro morto”*. Radis. 156. St/ 2015. Pp.30. www.ensp.fiocruz.br/radis

245 Ramos A. y Faría C. F. (2013). *Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional*. Revista Española de Ciencia Política. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.

246 Domínguez B. et al (2015). *A 15ª já começou. Conferências municipais revelam diferenças regionais e estimulam debates sobre o desafio de proteger o SUS das ameaças privatizantes*. RADIS 155. Ago/2015.pp 10-13. www.ensp.fiocruz.br/radis.

247 Brasil. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Documenta n.18. Brasília. P. 17-20.

248 Pinheiro, R. (1996). *A dinâmica dos conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso (Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabopoana)*, in: Revista de Administração Pública, vol. 30, n.º 05, set/out, 1996, p. 64-100.

249 Tatagiba L. (2000). *Analysis of the literature on recent experiences of the participation of civil society in the formulation and implementation of public policy*. Civil Society and Governance Project. Institute of Development Studies. Final Report.

250 BRASIL (2000). Conselho Nacional de Saúde CNS. *A prática do controle social e os conselhos de saúde em 14 reflexões*. 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm>. Acesso em: 18 sept. 2015.

251 Moreira, M. and Escorel, S. (2009). *Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-812

-
- 252 Coelho, Vera S. e Nobre, Marcos (2004). *Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. Editora 34. São Paulo
- 253 Müller Neto, J. et al (2006). *Conferencias de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006.
- 254 Müller Neto, J. et al (2006). *Conferencias de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30,n. 73/74, maio/dez 2006.
- 255 Ramos A. y Faría C. F. (2013). *Las Conferencias de Políticas Públicas en Brasil: hacia un sistema integrado de participación y deliberación a nivel nacional*. Revista Española de Ciencia Política. Núm. 32, Julio 2013, pp. 43-63.
- 256 CONASS. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta n.18. Brasília. P. 40.
- 257 CONASEMS (2011). *Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal. Brasil*. P. 3-5 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf
- 258 Sarreta, F.O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. <http://books.scielo.org>
- 259 Brasil (2004). Portaria n^o 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.
- 260 Declaración Política de la VI Conferencia Nacional de Salud. *Derecho a la Salud para Todas y Todos ¡Por un Sistema Universal de Salud Ahora!* Foro de la Sociedad Civil en Salud de Lima. 13 de noviembre de 2013. <http://www.forosalud.org.pe/declaracionpolitica.pdf>
- 261 [Http://ecca2.itccanarias.org](http://ecca2.itccanarias.org) usuario: scs; contraseña: ecca
- 262 Bello, L. y Bello, N. (2009). *Condiciones de vida y salud en Canarias* [versión electrónica]. Documento de Referencia 2. III Plan de Salud de Canarias. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e5e1f0f2-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia2_CondicionesVidaSalud_Canarias%20_20-04-2010.pdf
- 263 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 264 Consejería de Sanidad (2015). *Continuidad y cambio en el III Plan de Salud de Canarias*. Capítulo 3, Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017, de 28 de enero de 2015. P. 14.

265 Restrepo H. E, y Málaga H. (2001). *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. Ed, Médica Panamericana. Bogotá.

266 Restrepo H. E, y Málaga H. (2001). *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. Ed, Médica Panamericana. Bogotá.

267 Consejería de Sanidad (2015). *Conferencias Insulares de Salud*. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d446429-7c70-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>

268 Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/667606a1-a86d-11e4-9053-9d1690bb437a/GC_S1_EvolucionProblemas_%202008_2014.pdf

269 Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de La Palma. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/936ca5b5-a86d-11e4-9053-9d1690bb437a/LP_S1__EvolucionProblemas2008_2014.pdf

270 Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de Tenerife. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c30fc994-a0af-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/TF_S1_EvolucionProblemas2008_2014.pdf

271 Consejería de Sanidad (2015). *Evolución de los grupos de problemas 2008 - 2014*. Conferencia Insular de Salud de Lanzarote.
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1d2b78fd-a86c-11e4-9053-9d1690bb437a/LZ_S1_EvolucionProblemas_2008_2014.pdf

272 Morales E., Rodríguez F., Mahtani, V., O'Shanahan J. J. (2015). *La situación percibida del estado de Salud Mental en el III Plan de Salud de Canarias*. Trabajo fin de Grado. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Canarias.

273 SCS, (2014). *Análisis y priorización de los problemas de salud-enfermedad, salud pública, asistencia sanitaria y sociosanitaria desde la perspectiva de los sanitarios y usuarios. Estudio por Zona Básica de Salud e Isla. Octubre-diciembre de 2008*. Documentación de referencia 3. Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017.
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/eec46a5d-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia3%20_AnalisisSaludECCA_%20IslasyZBS_2009.pdf

274 Mathani, V. et al (2015). *Priorización de los problemas de salud-enfermedad-cuidados, salud pública, calidad de vida, asistencia sanitaria y socio-sanitaria desde la perspectiva de los profesionales y usuarios*. Octubre2015. Documento en elaboración.

275 Consejería de Sanidad, (2015). *Problemas ponderados y desglosados por tipo y agrupados por categorías: salud enfermedad; salud pública; calidad de vida y condiciones de trabajo;*

asistencia sanitaria y atención sociosanitaria. Conferencias Insulares de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8e5332b6-a0b1-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_S2_ProblemasPriorizadosXCategor%C3%ADas_SituacionSalud.pdf

276 Mathani, V. et al (2015). *Priorización de los problemas de salud-enfermedad-cuidados, salud pública, calidad de vida, asistencia sanitaria y socio-sanitaria desde la perspectiva de los profesionales y usuarios*. Octubre2015. Documento en elaboración.

277 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud - Enfermedad. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1cc5909c-869b-11e4-a62a-758e414b4260/GC_3_P_SaludEnfermedad.pdf

278 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud - Enfermedad. Conferencia Insular de Salud de Tenerife*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6a4b369a-86a4-11e4-a62a-758e414b4260/TF_3_P_SaludEnfermedad.pdf

279 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud Pública. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f45d9092-869c-11e4-a62a-758e414b4260/GC_4_P_SaludPublica.pdf

280 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Salud Pública. Conferencia Insular de Salud de Tenerife*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/857d0951-86a4-11e4-a62a-758e414b4260/TF_4_P_SaludPublica.pdf

281 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Asistencia Sanitaria. Conferencia Insular de Salud de La Palma*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af9bc8ce-addc-11e4-9053-9d1690bb437a/LP_P_AsistenciaSanitaria.pdf

282 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Asistencia Sanitaria. Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/4ed31099-869d-11e4-a62a-758e414b4260/GC_6_P_AsistenciaSanitaria.pdf

283 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Atención Sociosanitaria. Conferencia Insular de Salud de El Hierro*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cbe72e34-9a3f-11e4-923c-cd79a99f8ea9/HIE_DebateV_AsistenciaSociosanitaria.pdf

-
- 284 Consejería de Sanidad, (2015). *Priorización de Problemas de Atención Sociosanitaria. Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura*. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d731aba0-8774-11e4-923c-cd79a99f8ea9/FV_Atencion_Sociosanitaria.pdf
- 285 SCS (2015). *Memoria de la Conferencia Insular de Salud de La Gomera*. Recuperado de http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7e32320f-a172-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/GOM_S_4_DialogoApreciativo.pdf
- 286 SCS (2015). *Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura*. Recuperado de http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/de52ef26-a0b1-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_S4_DialogoApreciativo.pdf
- 287 SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Gran Canaria. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9e48c7d2-a0b2-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/GC_S4_DialogoApreciativo.pdf
- 288 SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de La Palma. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/dd95a9da-ade0-11e4-9053-9d1690bb437a/LP_Panel%20II_FortalezasReinversion.pdf
- 289 SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Lanzarote. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b4f84007-a86c-11e4-9053-9d1690bb437a/LZ_S4_DialogoApreciativo.pdf
- 290 SCS (2015). *Diálogo Apreciativo*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Tenerife. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c1073297-a0b0-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/TF_S4_DialogoApreciativo.pdf
- 291 (2015). *Diálogo Apreciativo. Imagen Horizonte*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Tenerife.
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1f8e904c-86a5-11e4-a62a-758e414b4260/TF_11_PaneIIII_Horizonte.pdf
- 292 SCS (2015). *Información recogida en los debates*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de La Palma. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a3c63c3e-df76-11e4-b8de-159dab37263e/LPA_Memoria_ConferencialInsular.pdf
- 293 Restrepo H. E, y Málaga H. Promoción de la Salud: Como construir una vida saludable. Ed. Médica Panamericana. Bogotá. Pag 173.
- 294 SCS (2013). Resolución 954/2013 de 19/4/2013. F-1789-90, de la Directora del Servicio Canario de la Salud por la que se aprueba el plan estratégico de las Direcciones de Área del Servicio Canario de la Salud para el ejercicio 2013. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

-
- 295 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 296 SCS (2015). *Operaciones contempladas en los PGC y PEA*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/334bc85b-a144-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_7_DebateVI_ImagenHorizonte.pdf
- 297 SCS (2015). *Operaciones contempladas en los PGC y PEA*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/334bc85b-a144-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_7_DebateVI_ImagenHorizonte.pdf
- 298 SCS (2015). *Operaciones contempladas en los PGC y PEA*. Memoria de la Conferencia Insular de Salud de Fuerteventura. Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/334bc85b-a144-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/FV_7_DebateVI_ImagenHorizonte.pdf
- 299 SCS (2009). *Documento de referencia 6*. "El proyecto del III Plan De Salud De Canarias 2010-2015 visto desde cada una de las Áreas de Salud por sus equipos coordinadores". Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/563b7424-3256-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia6_ResultadosTalleres%20ESSSCAN_AS_2009.pdf
- 300 *Documento de referencia 6*. "El proyecto del III Plan De Salud De Canarias 2010-2015 visto desde cada una de las Áreas de Salud por sus equipos coordinadores". Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/563b7424-3256-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia6_ResultadosTalleres%20ESSSCAN_AS_2009.pdf
- 301 *Documento de referencia 6*. "El proyecto del III Plan De Salud De Canarias 2010-2015 visto desde cada una de las Áreas de Salud por sus equipos coordinadores". Recuperado de:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/563b7424-3256-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia6_ResultadosTalleres%20ESSSCAN_AS_2009.pdf
- 302 De Salud, Servicio Canario, y O'Shanahan, J.J. (2015). *III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 (Proyecto)*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- 303 Rivero, A. (2014). En, Abellán J. M., Campillo C. y del Llano, J. Reinversión: asignatura pendiente del sistema nacional de salud. Fundación Gaspar Casal-Roche. Agustin Rivero Cuadrado. Director General de Cartera de Servicios y Farmacia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 304 Paim, J. (1986) Dierito a saúde, cidadania e Estado. Em, Brasil. Ministerio da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17/21 de mar\o de 1986. Brasilia..

305 Weidenm. C. (2006) Apuntes sobre la teoría del Estado en Gramsci. Centro de Estudios “Investigación y cambio social”. Universidad Arcis. Santiago de Chile.

306 Declaración Política de la VI Conferencia Nacional de Salud (2013). *Derecho a la Salud para Todas y Todos ¡Por un Sistema Universal de Salud Ahora!* Foro de la Sociedad Civil en Salud de Lima. 13 de noviembre de 2013.

307 ECCA (2009) Memoria del curso “Consejos de Salud. Un nuevo espacio de participación. Radio ECCA Fundación Canarias. Documento interno. Las Palmas de Gran Canaria.

308 Suárez Castro J. (1999) Experiencia en Angola, “Salud y participación comunitaria”. 1998. Boletín cuatrimestral, Radio y Educación de Adultos, ECCA nº 39-40 Septiembre 1998 – Abril 1999.

309 SCS (2010). Mathani V.; Martín R.; Ramos. J. L.; Alonso J. L y O’Shanahan, J.J. *Análisis y priorización de los problemas de salud-enfermedad, salud pública, asistencia sanitaria y socio-sanitaria desde la perspectiva de los sanitarios y usuarios*”. Documento de Referencia nº 3. III Plan de Salud de Canarias.

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/eec46a5d-31b8-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia3%20_AnalisisSaludECCA_%20IslasyZBS_2009.pdf

310 Consejería de Sanidad, (2015). Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. Versión 28- enero de 2015.

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e>