

ESTRUCTURA I PLANIFICACIÓ DE LA ASSISTÈNCIA SANITÀRIA A CATALUNYA

VERS UN ENFOCAMENT GRUPAL

Projecte d'investigació  
presentat a la  
Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears  
per el  
Premi Simon de Teserach

per

Joan Campos i Avillar

(Secretari de la Secció de Psiquiatres del Col·legi de Metges)

Jesús M. de Miguel

(Universitat Autònoma de Barcelona)

Menna Camps

(Hospital Oncològic de Catalunya i Balears)

Barcelona  
Juny - 1980

## Tema de investigación

El presente proyecto de investigación parte del deseo generalizado de que un servicio nacional de salud (SNS) que la Generalitat pueda proporcionar al pueblo catalán, llegue a ser una realidad, y que con ese sistema se consigan los objetivos de elevar el nivel de salud de la población y de disminuir las desigualdades sanitarias.

El SNS es la organización política de la Sanidad que permitirá conseguir los objetivos de salud que se proponen para el pueblo catalán tal y como fueron democráticamente definidos en el X<sup>o</sup> Congreso de Matges i Bibliotechs de Llengua Catalana, y en el Congreso de Cultura Catalana en su ámbito de Salud. "La salud es aquella forma de vida que es autónoma, que es solidaria y que es gozosa". La salud de cada uno es responsabilidad de todos. La defensa de la salud es un trabajo colectivo. Todos estos presupuestos llevan a un giro en la concepción de la asistencia sanitaria. La finalidad es que el ciudadano reconquiste el protagonismo de la propia salud y la responsabilidad mencionada de la salud colectiva. Visto de otro modo, esto quiere decir que, el ejercicio de la asistencia sanitaria es una función social. Aunque esta función, diferenciada y especializada, para algunos se convierta en su trabajo y profesión, no quiere decir que el conjunto de la comunidad renuncie a ella, sino que al contrario, necesita potenciar al máximo su capacidad para el propio y mútuo cuidado (autonomía y solidaridad). Esto se conseguiría gracias a la educación sanitaria que los ciudadanos adquieren y del tipo de asistencia que los profesionales les ofrecen.

Hasta ahora, la asistencia sanitaria en el país estaba montada sobre el patrón que impuso la medicina liberal tradicional, es decir, el contacto exclusivo entre un médico y un enfermo, ambos aislados de su entorno. Es pues, una medicina hecha por individuos e individuos. Esta orientación se repite desde la medicina primaria hasta los más altos niveles de espe-

cialización dentro de los hospitales. La jerarquización de equipos de trabajo y de servicios es un ejemplo de ello. Se hace evidente que la radical modificación de estructura sanitaria que a nivel macrosocial supone el SNS, forzosamente tiene que repercutir a nivel microsocia, es decir, grupal.

Un grupo es un conjunto de personas que por razones de vida, de trabajo o de tratamiento, coinciden dentro de unas coordenadas de tiempo y espacio, y establecen entre sí relaciones, interacciones y comunicaciones que afectan a su salud individual y colectiva. Dentro de un sistema sanitario, estas agrupaciones son básicamente de tres tipos:

- (1) Grupos de trabajo, grupos sanitarios, como pueden ser, por ejemplo, la medicina de grupo a nivel de asistencia primaria, o el trabajo de equipo a nivel de hospitalización.
- (2) Grupos naturales de vida, como son los que surgen en la familia, en la escuela, en el trabajo, o entre vecinos.
- (3) Grupos sanitarios o de salud, que nacen como resultado del tratamiento, o que se crean con finalidad terapéutica. Entre los primeros figuran los que aparecen en las sales hospitalarias (UCIs, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas), o bien, del resultado de la etiquetación de enfermos (psiquiátricos, cancerosos, dializados). Entre los segundos hay dos tipos: unos, los que pueden surgir del apoyo mutuo entre enfermos (alcohólicos, grupos de diálisis), o bien grupos profesionales (de estudio, de enriquecimiento personal o de trabajo en equipo), y otros, aquellos que se diseñan especialmente con propósitos terapéuticos (por ejemplo, psicoterapia de grupo, trabajo de grupo) o bien medicina, psiquiatría, ginecología, pediatría, de grupos naturales como pueden ser la familia, la red social y la comunidad.

Este amplio abanico de grupos que existen dentro de todo sistema sanitario, según cual sea su organización, favorecerán la lucha por la salud, o bien por el contrario, como resultado de la propia actividad sanitaria, pasarán a ser víctimas de enfermedades yatrogénicas.

El paso que va desde una medicina liberal tradicional a una sanidad social moderna, contrada la primera en la comercialización de un ejercicio profesional dentro de un mercado de oferta y demanda de servicios, y la segunda, basada en las necesidades de asistencia que tiene la población, y las posibilidades del sistema sanitario, no se consigue solamente cambiando el sistema de financiación o el tipo de contrato que el sanitario establece con el enfermo, el asegurado, o con la sociedad. Implica un cambio radical de actitudes tanto en los trabajadores de la sanidad como en los usuarios de los servicios, que no se puede conseguir si no es a través de contacto personal y de una actividad grupal. Esta transformación representa un giro copernicano en la concepción de utilización y ejercicio de la función sanitaria. Queda claro que no se puede hacer por decreto, y que solamente modificando estructuras podrán vencerse las resistencias que a todo nivel, el sistema y los individuos implicados, que lleven el sistema introyectado, ofrecerán a este cambio. Estas razones, entre otras, son las principales que nos motivan para proponer el estudio de la estructura y planificación de la asistencia sanitaria en Cataluña, con un desarrollo específico del enfoque grupal y su posible aplicación.

### Objetivos e hipótesis

Hasta ahora la asistencia sanitaria ha sido casi exclusivamente individualista. En el caso de la medicina liberal tradicional el contacto entre un médico y un enfermo, se produce fuera del contexto, del que emerge el enfermar y con una relación económica directa que marca el encuentro. En el caso de la medicina hospitalaria aunque el paciente pueda ser atendido

por un equipo (y la relación económica sea indirecta) el trato sigue siendo eminentemente individualista, centrándose en el individuo supuestamente enfermo y descontextualizándolo. En el caso excepcional de equipos sanitarios tratando a grupos (diabéticos, alcoholizados) con frecuencia, por no decir siempre, aunque el trabajo se hace "en" grupo la lectura de los hechos y las transacciones se sustentan en un modelo eminentemente individual. No es extraño, de todas formas, que esto sea así cuando se tiene en cuenta que el modelo individual es el que predomina en la sociedad global, que a su vez sustenta la asistencia sanitaria. Si se piensa además que la forma de hacer asistencia sanitaria actúa a modo de transmisión de ideología, se "refuerza" a su vez en los individuos tratados esa codificación de los hechos casi exclusivamente individual.

Puede ser de utilidad a la hora de abordar cualquier tema de salud el tener en cuenta la existencia de tres niveles mutuamente entrelazados pero que a efectos prácticos podemos considerar separadamente. El nivel instrumental-ideológico nos recuerda que en cualquier aproximación a la salud y el enfermar se parte desde algún "a priori", y cuestiona entonces la supuesta neutralidad de la Ciencia. Hace referencia pues a la ideología que subyace en cualquier práctica sanitaria y los instrumentos teóricos o técnicos de que se sirve. El nivel institucional se refiere a la "institucionalización" de la praxis de que se trate (en este caso la sanitaria) observando cómo se opera, en qué momento, quiénes lo hacen, y cuáles son las "instituciones" en que cristaliza esa práctica (hospitales, despachos, centros de higiene). El nivel político, por último, se refiere a la manera en que la praxis sanitaria viene gestionada desde el poder, los partidos, o el pueblo, y a la forma en que se distribuye ese poder en la relación específicamente sanitaria y en las instituciones sanitarias.

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta aquí se trataría entonces de argumentar que el modelo más apropiado desde el cual partir para crear el futuro Servicio Nacional de Salud es justamente uno que vaya más allá

de lo individual. Partiremos de la base de considerar el SNS como un sistema, es decir, un conjunto de elementos cuya estructura es algo más que la suma de sus componentes. Dicho sistema se hallaría en el interior de otro más amplio (la comunidad) y englobaría diversos subsistemas. Poseería unos límites (a definir), unas reglas, unos objetivos y unas funciones. Dentro de estas últimas podrían sistematizarse cuatro diferentes:

- (1) Prevención: que debería adquirir un carácter más prioritario y una mayor cualidad de "educación familiar y grupal" (perdiendo el carácter de "control" que actualmente posee en algunos campos como el psiquiátrico, por ejemplo).
- (2) Asistencia: tratando ante todo de rellenar los "agujeros" existentes hoy día en la red asistencial y sobre todo, poniéndose mucho más en contacto directo con el contexto en el que surge el enfermo (escuela, barrio, familia, fábrica).
- (3) Docencia: intentando ir más allá del modelo médico positivista.
- (4) Investigación (a definir).

Como objetivo fundamental de un SNS está, sin lugar a dudas, la Salud, pero cabe también cuestionarse el concepto de salud codificado únicamente desde una perspectiva individual. Es un éxito indudable pasar de una definición ya caduca de la salud como "ausencia de enfermedad" a otra mucho más rica como la que hace referencia a "aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y que es íntima". Pero todavía es posible ir más allá y pensar que pueden existir individuos sanos formando parte de grupos que no actúan como tal, naciendo entonces la necesidad de teorizar alrededor del concepto de "salud grupal". Un grupo "sano" sería algo más que la suma de unos cuantos individuos "sanos". Estaría en juego su comunicación interna, sus límites con el exterior (demasiado rígidos, demasiado blandos) sus tendencias morfoestáticas o morfogenéticas, su respuesta al stress.

Es importante aclarar, de todos modos, que el enfoque grupal se va a defender como el más apropiado para su utilización en un SNS, no por poseer más verdad que otros enfoques, sino por: mayor adecuación a la praxis concreta de que se trata; y mayor potencial crítico y de incidencia en los niveles institucional y político. Estos son dos de los objetivos básicos de la presente investigación sobre Cataluña. La hipótesis central sería, de nuevo, la de los condicionamientos existenciales de la propia estructura social y sanitaria. En éste sentido el equipo de trabajo (un médico, un sociólogo y una psicóloga), vinculados a la Academir, parece el ideal.

### Análisis y metodología

Las problemáticas del enfoque grupal nos llevan al análisis de los grupos dentro de un sistema sanitario contemporáneo, en nuestro caso Cataluña. Se parte de una concepción de sistema sanitario amplio, como toda actividad, institución o actividad relacionada directamente con "salud", incorporando aquí el conocido enfoque de la Organización Mundial de la Salud sobre bienestar somático, psicológico, y social, como así mismo el concepto de salud propuesto en el Décimo Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, y por el Congreso de Cultura Catalana. La tarea consiste en sistematizar todos los grupos (de todo tipo) existentes en el sistema sanitario en la actualidad. Encontramos así grupos que aparecen esporádica y temporalmente; otros que se crean voluntariamente o a través de una legislación; y otros aún que son cristalizaciones de grupos o funciones anteriores, con objetivos nuevos. Posteriormente, agruparemos esos grupos en una clasificación analítica de cuatro tipos; y pasaremos a definir las variables esenciales para medir su eficacia dentro del sistema sanitario.

El objetivo del presente análisis sería el señalar qué grupos son más idóneos para lograr un cambio cualitativo dentro del sector sanitario. Se parte del principio de que por un lado la estructura socio-económica conforma el sistema sanitario, y que a su vez los grupos dentro del sector sanitario producen cambios en el sistema. Finalmente, esas transformaciones pueden pro-

ducir cambios en la estructura de los grupos. Es, pues, un modelo complicado y multicausal, que requiere para su análisis una acumulación de datos no disponibles actualmente. Por ello, llegamos tan sólo a definir una decena de hipótesis-de-partida, que se aplicarán al análisis concreto de Cataluña:

1. Los grupos son más jerárquicos en los extremos, es decir, los muy grandes y los muy pequeños. Los de tamaño intermedio tienden ser más participatorios, aunque menos exclusivos (precisamente por ser voluntarios).

2. El tamaño de los grupos (ni su dependencia: del sector privado o del sector público) no tiene un impacto sensible sobre la estructura final de los grupos.

3. El modelo lo es de baja eficacia. Es decir, los objetivos no se adecúan a las necesidades, ni los recursos a los objetivos. No es de extrañar, pues, que los objetivos (sobre todo los manifiestos) no se consiguen, o se consiguen mal.

4. Los objetivos manifiestos y los latentes son diferentes; a veces incluso contradictorios. Los recursos que se utilizan son muchas veces primordiales para los objetivos latentes. El sistema pone todas las trabas posibles para conocer los objetivos latentes (a veces son secreto profesional). De aquí la resistencia al funcionamiento grupal; ya que el individualismo fomenta la falta de información.

5. El problema de la desigualdad sanitaria de la población termina pues siendo el más grave. El sector privado está obviamente al servicio de los intereses privados, pero el público parece favorecer primero al sector privado - y estar a su servicio - y sólo secundariamente al público.

6. Casi todos los grupos funcionan como verdaderos grupos-de-presión, discutiendo el reparto de los recursos escasos. El principio que cada uno sigue es el aumentar (en números absolutos al menos) la parte que consigue de los recursos totales, con lo que el sector sanitario aumenta considerablemente. No es de extrañar que lo que más aumente sea el sector público

pues los beneficios recaen - indirectamente - sobre el privado.

7. En sentido figurado nos encontramos con un sector sanitario "enfermo", es decir, reacio al cambio. No es de extrañar la oposición a la planificación del sector sanitario, su reforma, y más aún la evaluación de su funcionamiento.

8. Los grupos con más poder, o los estratos técnicos y profesionales, son los que más se oponen al cambio.

9. El diseño de las organizaciones es poco moderno. Las estructuras suelen ser cristalizaciones de intereses, por lo que faltan unidades de espacio-tiempo dedicadas de manera continua y regular al análisis y a la planificación del cambio. Este modelo se favorece con la (supuesta) carencia de personal técnico y profesional en las instituciones sanitarias y para-sanitarias.

10. En resumen, el modelo de asistencia sanitaria que se sigue es doble. Por un lado, existe una decidida oposición al cambio. Por el otro, se produce una reticencia clara a planificar (es decir, a controlar el cambio). La paradoja es que el cambio termina produciéndose, pero en forma anárquica; por sorpresa; y se sigue la teoría del "parcheo" (o "dique"), es decir, políticas para solucionar problemas concretos ya insalvables.

Hay que partir, pues, de la consideración de que la capacidad de cambio razonable, racional, y planificado es salud. El sistema sanitario sólo cambiará de verdad si integra este cambio, y sobre todo el diseño del cambio, y la evaluación del cambio planificado. Tarea particularmente difíciles en el caso del sector de asistencia sanitaria en Cataluña.

Indice del informe

En relación con las hipótesis y objetivos del estudio, el índice provisional del informe final sería el siguiente:

Profecio

- 1. Introducción: Condicionantes asistenciales de la estructura

PARTE I: ESTRUCTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

- 2. Grupos y sus recursos en el sector sanitario
- 3. Problemática de un sistema sanitario en cambio
- 4. Actitudes de la población y del personal sanitario

PARTE II: DINAMICA SANITARIA A NIVEL GRUPAL

- 5. Cambios estructurales de organización
- 6. Modelos grupales en la actualidad

Docentas

En la comunidad

En hospitales generales

En instituciones psiquiátricas

- 7. El grupo como instrumento de cambio

PARTE III: PROPLESTA DE PLANIFICACION

- 8. Principios y condiciones
- 9. Estructura de una nueva asistencia sanitaria

Bibliografía

Apéndice de tablas

Realización

El diseño del presente estudio se ha realizado gracias a la labor que sus tres autores han llevado a cabo dentro de un colectivo, durante 1979 y 1980. Este grupo de trabajo es en su mayoría parte de la Sección de Psiquiatría del Colegio de Médicos de Barcelona, y miembros de la Academia de Ciencias Médicas. Recientemente han terminado un estudio titulado: "Enfoque grupal en un servicio nacional de salud" (con 143 páginas),

y presentado en el Octavo Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (Balm de Mallorca, 5-6 junio 1980). Ese esfuerzo conceptual inicial permitirá realizar el presente proyecto de investigación en el plazo de diez meses, conforme al siguiente calendario, desde el mes de septiembre de 1980 hasta junio de 1981:

Meses:	Realización:	Informes:	Pagos:
Septiembre 1980	Diseño del estudio		100.000 pts.
Octubre	Datos secundarios		
Noviembre	Entrevistas		
Diciembre	Codificación	Primer	
Enero 1981	Análisis secundarios		100.000 pts.
Febrero	Análisis primarios		
Marzo	Composición		
Abril	Primera versión	Segundo	
Mayo	Correcciones		
Junio	Versión final	Informe final	100.000 pts.

En principio, se propone un manuscrito de 200 a 300 páginas, a doble espacio, mecanografiadas; preparado para su publicación inmediata si así se desea. Los derechos de publicación de la primera edición corresponderán a la Academia de Ciencias Médicas, pero no el Copyright. El presupuesto total será de 300.000 pts., a abonar en tres plazos (tras la concesión del premio, el primer informe, y el informe final). El presupuesto calculado se distribuye como sigue:

Conceptos:	Pesetas:
<u>Personal:</u>	
Salario autores	<del>1114</del>
Secretaría/administración	150,000
Entrevistadores	55,000
<u>Elaboración:</u>	
Documentación y tables	14,000
Análisis de datos	20,000
Copia y reproducción	42,000
<u>Otros gastos:</u>	
Desplazamientos	5,000
Costos indirectos (aproximadamente 4,5%)	13,000
<b>TOTAL</b>	<b>300,000 pts.</b>

### Autores

JUAN CAMPOS i AVILLAR, es miembro de la Academia de Ciencias Médicas desde 1963. Nació en Barcelona en 1928. Es Licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona (1951), Doctor en Medicina por la Universidad Complutense (1964), y Psicoanalista y Gruposanalista por el Post Graduate Center for Mental Health de Nueva York, en los USA (1963). Ha sido catedrático y jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona (1968-74); Vice-Presidente de la Asociación Catalana de Psiquiatría (1977-79); y profesor del curso de Sociología de la Medicina de la UAB (en colaboración con Jesús M. de Miguel) en 1976-78). En la actualidad es el secretario de la Sección de Psiquiatría del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (1979-); Vocal de la Delegación Catalana de

la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (1980- ), miembro del Research Council of Medical Sociology de la ISA; experto de la OMS; miembro del Consejo de Redacción de las revistas Social Science and Medicine y Clinica y Análisis Grupal; miembro de la Comisión de Estudios del Centre de Salut del Adjuntament de Barcelona; del Grupo de Estudio del GAPS sobre formación continuada; etc. Su dirección es Paseo de San Gervasio 30 (ático), Barcelona 22, teléfono 247-55-39.

JESUS M. DE MIGUEL, es miembro de la Academia de Ciencias Médicas. Nació en el País Vasco en 1947. Es Doctor en Sociología de la Medicina por la Yale University en USA (1976) y Doctor en Ciencias Políticas por la Universidad Complutense (1971). Es profesor de Sociología de la Medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona; habiendo enseñado también en Washington DC (USA). Es miembro del Consell del Medi Ambient de Barcelona (1979); del Comité Ejecutivo de Redacción de Papers: Revista de Sociologia y de varios consejos de redacción (Policlínica, Revista Española de Investigaciones Sociológicas). Ha sido becario de las fundaciones: Ford, Rockefeller, American Council of Learned Societies, Social Science Research Council, Fulbright, Juan March, etc. Ha publicado 71 artículos monográficos y 17 libros; entre los más recientes: La sanitat als Països Catalans (1978), La reforma sanitaria en España (1976), Health in the Mediterranean Region (1976), Sociology in Spain (1979); Sociología de la Medicina (1978), con un prólogo del Dr. Joan Caspos, La sociedad enferma (1979), y Sociología de los ambulatorios (1979). Su dirección es Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona,

HANNE CASPOS, nació en Múnich en 1934. Es Licenciada en Psicología por la Universitat Autònoma de Barcelona (1974), y Grupoanalista por el Institute of Group Analysis de Londres (1976-1979). Ha sido profesora del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (1975-77), y es miembro de la Comisión de Planificación del Hospital Oncológico de Catalunya i Balears (1977- ). Su dirección es Hospital Oncológico, Punto Kilométrico 2,7, Autovía de Castelldefels, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.



## PREMI RAMON DE TESERACH ofert a un treball sobre assistència sanitària.

L'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears convoca el Premi Ramon de Tesserach, destinat a ésser adjudicat al millor projecte de contribució a l'arranjament de les condicions d'assistència sanitària o de l'ordenació d'aquesta.

L'import del premi, dotat per Autogestió Sanitària, Societat Cooperativa - Assistència Sanitària Col·legial, és de 300.000.- pessetes.

Els projectes de treball que aspiraran al premi hauran d'ésser exposats en una memòria d'una extensió no inferior a vuit folis ni superior a dotze, que haurà d'ésser presentada a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques abans del dia 15 de juny de 1980 i en la qual constaran els motius del projecte, els objectius, i una exposició raonada de l'index del treball.

Podrà aspirar al premi qualsevol membre de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques o bé un equip, del qual, almenys un dels membres integrants haurà de pertànyer a l'Acadèmia. L'autor o autors del projecte hauran d'adjuntar a la memòria les dades i la informació personal següents: *nom i cognoms, data i lloc de naixença, residència actual, natura dels estudis universitaris realitzats i data d'acabament i participació en activitats d'indole semblant a la temàtica del premi.* Aquesta informació haurà d'ésser presentada signada per l'interessat (o pels interessats).

Farà l'adjudicació l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears a proposta d'una ponència constituïda per dos dels seus antics presidents i pel president actual, que actuarà de secretari. El veredicté serà fet públic el dia 30 de juny de 1980.

Ateses les característiques del projecte premiat, l'Acadèmia designarà un tutor que vetllarà per la bona marxa de la realització del treball. Aquest haurà d'ésser realitzat en un termini màxim de deu mesos, durant els quals serà satisfet -sempre que l'informe del tutor sigui favorable- l'import del premi fraccionadament.

L'acceptació del premi comporta la cessió a l'Acadèmia dels drets de publicació d'una primera edició de l'obra.

El fet d'aspirar al premi pressuposa l'acceptació d'aquestes bases.